

ВЫЯВЛЕНИЕ  
БАРЬЕРОВ ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ  
ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-  
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ  
ЛЮДЕЙ,  
УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИКИ

Исследование

Материал предназначен для ВИЧ-сервисных НКО,  
социальных работников и медицинских специалистов,  
назначающих лечение при сочетанном заболевании ВИЧ/ТБ/наркомания

**Авторы:**

Зарубина И.А., социолог, СПИД Фонд Восток-Запад

Доллен В.А., директор, СПИД Фонд Восток-Запад

**Консультанты:**

Научный консультант: Пантелеев А.М., д.м.н., профессор, главный врач СПб ГБУЗ «Городской противотуберкулезный диспансер», главный внештатный специалист-фтизиатр Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга

Консультанты от сообщества: Кейзер И.В., Сидоренко Н.Ю., Теплинская И.Н.

**Выражение признательности**

Выражаем благодарность за помощь с проведением анкетирования среди представителей сообщества ЛУН в регионах Форуму ЛУН, а также сотрудникам и волонтерам Автономной некоммерческой организации социальной поддержки населения (АНО СПН) "Проект Апрель" (г. Тольятти), благотворительного фонда "Источник надежды" (г. Челябинск), АНО «Реабилитационный центр социально-психологической помощи химически зависимым Натальи Устюжаниной "Поколение" (г. Тюмень), АНО СПН "Рагнета" (г. Неман, Калининградская обл.), АНО "С.О.В.А." (г. Орёл), Свердловской региональной благотворительной общественной организации "Малахит" (г. Екатеринбург), а также активистам из городов Набережные Челны, Омск, Нижний Тагил.

Фонд содействия профилактике, лечению и здоровому образу жизни населения «СПИД Фонд Восток-Запад» не несёт ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций, сделанных третьими сторонами и представленных в настоящем отчете.

Выводы, содержащиеся в отчете, отражают точку зрения авторов, которая может не совпадать с мнениями других заинтересованных лиц.

Информация, содержащаяся в отчете, почерпнута из открытых источников, а также из анализа данных социологического исследования. СПИД Фонд Восток-Запад не гарантирует стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами, а также может не разделять мнения третьих сторон, цитируемых в отчете.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....  | 3  |
| ВВЕДЕНИЕ .....   | 4  |
| МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ .....   | 7  |
| РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....  | 8  |
| Характеристика респондентов.....   | 8  |
| Социально-демографическая характеристика респондентов .....  | 8  |
| Употребление ПАВ.....  | 10 |
| Химиопрофилактика туберкулеза .....  | 11 |
| Диагностика туберкулеза .....  | 13 |
| Лечение туберкулеза.....   | 15 |
| Лечение в стационаре .....   | 15 |
| Амбулаторное лечение туберкулеза.....  | 22 |
| Опыт переживания стигматизации и дискриминации .....   | 27 |
| Базовые знания о лечении туберкулеза .....   | 27 |
| Выводы .....   | 29 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....  | 30 |
| Характеристика респондентов.....   | 30 |
| Диагностика туберкулеза .....  | 30 |
| Лечение в стационаре .....   | 31 |
| Амбулаторное лечение .....   | 39 |
| Предлагаемые респондентами меры для решения возникающих трудностей у медицинских специалистов и представителей сообщества..... | 42 |
| Рекомендации для развития взаимодействия между разными структурами, вовлеченными в лечение туберкулеза в целом .....           | 42 |
| Действия, направленные на медицинский персонал, вовлеченный в оказание медицинской помощи в стационаре и амбулаторно .....     | 43 |
| Действия, направленные на представителей сообщества, имеющих опыт употребления ПАВ .....                                       | 43 |
| Выводы .....   | 44 |
| ОБЩИЕ ВЫВОДЫ .....   | 45 |
| РЕКОМЕНДАЦИИ .....   | 48 |

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АРВ – антиретровирусный

АРТ – антиретровирусная терапия

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

КГ – ключевая группа

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

ЛУН – люди, употребляющие наркотики

МЛУ – множественная лекарственная устойчивость

ПАВ – психоактивные вещества

ПТП – противотуберкулезные препараты

ПТД – противотуберкулезный диспансер

РМ – респонденты из представителей медицинских специалистов

РС – респонденты из представителей сообщества

РСР – респонденты из представителей социальных работников

СИЗО – следственный изолятор

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита

ТБ – туберкулез

## ВВЕДЕНИЕ

### *Обоснование проведения исследования*

Туберкулез (ТБ) является одной из наиболее распространенных оппортунистических инфекций среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). ВИЧ изменяет клиническую картину туберкулеза с медленно прогрессирующего заболевания на заболевание с высокой смертностью. Риск развития ТБ связан с нарастанием иммунодефицита, а возникновение ТБ значительно увеличивает риск смертности<sup>1</sup>. Оптимальное лечение ТБ при хорошем соблюдении режима лечения может привести к успешному лечению и снижению смертности<sup>2</sup>.

В России туберкулез является основной причиной смертности ЛЖВ<sup>3,4</sup>. Доля ВИЧ-инфицированных среди заболевших туберкулезом людей, впервые зарегистрированных и вставших на учет, постоянно растет – с 6,5% в 2009 году до 25,9% в 2021 году<sup>5</sup>. Среди ЛЖВ заболеваемость туберкулезом в 2019 году была в 61 раз выше по сравнению с людьми, неинфицированными ВИЧ<sup>6</sup>. Среди всех ключевых групп люди, употребляющие наркотики (ЛУН), чаще сталкиваются с риском развития туберкулеза и сочетанной ко-инфекцией ВИЧ-ТБ<sup>7,8</sup>. Согласно анализу данных пациентов с ТБ/ВИЧ, зарегистрированных в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, ЛУН составляют до 78,2% от числа ЛЖВ, которые проходят лечение от туберкулеза<sup>9</sup>.

Рост числа пациентов с множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам (МЛУ-ТБ), как и высокое распространение ТБ среди ЛЖВ являются ключевыми факторами, отрицательно влияющих на снижение заболеваемости ТБ в России. Одной из причин формирования МЛУ-ТБ у больных туберкулезом в России является низкая эффективность амбулаторного этапа лечения, которое осуществляется

---

<sup>1</sup> Zhou J, Elliott J, Li PC, Lim PL, Kiertiburanakul S, Kumarasamy N, et al. Risk and prognostic significance of tuberculosis in patients from the treat Asia HIV observational database. BMC Infect Dis. 2009;9:46. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679752/>

<sup>2</sup> Balcha TT, Skogmar S, Sturegård E, Björkman P, Winqvist N. Outcome of tuberculosis treatment in HIV-positive adults diagnosed through active versus passive case-finding. Glob Health Action. 2015;8:27048. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377322/>

<sup>3</sup> Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2020 года». URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2021/03/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2020-..pdf>

<sup>4</sup> Астрелин А.М. Тенденции заболеваемости, распространенности и смертности от ВИЧ-инфекции и туберкулеза в регионах России в 21 веке // Демографическое обозрение. Том 7, №4, 2020. URL: <https://demreview.hse.ru/article/view/12045/12687>

<sup>5</sup> ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (2019). Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России. URL: <https://mednet.ru/images/materials/CMT/tuberkulez-2019.pdf>

<sup>6</sup> Там же.

<sup>7</sup> Индикаторы риска туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики // Санкт-Петербургский благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие». URL: <https://haf-spbg.org/material/indikatory-riska-tuberkulyoza-sredi-lyudej-upotreblyayushhih-narkotiki/>

<sup>8</sup> Загдын З.М. Организация выявления туберкулеза среди пациентов с ВИЧ-инфекцией в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем ее распространенности // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. URL: DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-2-8>

<sup>9</sup> Там же.

преимущественно без регулярного контроля за приемом лекарственных средств пациентами со стороны медицинских работников<sup>10</sup>.

Исследования, проведенные некоммерческими организациями за последние 7-10 лет, обнаруживают наличие разных проблем в оказании медицинской помощи ВИЧ-положительным пациентам с ТБ, среди которых низкая обеспеченность противотуберкулезных учреждений такими необходимыми специалистами, как врач-нарколог, врач-психиатр и врач-психотерапевт и отсутствие или низкий уровень обеспечения пациентов медико-социальной помощью<sup>11,12</sup>.

Особенно страдают от отсутствия пациент-ориентированной помощи при сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ люди, употребляющие психоактивные вещества (ПАВ). Употребление ПАВ является одним из ключевых факторов, влияющих на приверженность лечению. Около 40% всех пациентов-ЛУН с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ выписываются из отделений противотуберкулезных диспансеров за нарушение больничного режима, в том числе и с открытой формой ТБ<sup>13</sup>. Наличие в противотуберкулезных диспансерах как медико-социальной службы, так и врача-нарколога и психиатра/психотерапевта могло бы снизить количество срывов приема медикаментов и обеспечить завершение лечения у людей с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ в целом, и у людей с тройным диагнозом ВИЧ/ТБ/наркология в частности.

Нехватка исследований барьеров, с которыми сталкиваются люди с тройным диагнозом ВИЧ/ТБ/наркомания при получении лечения от ТБ, как со стороны пациентов, но, что особенно важно, и со стороны медицинских работников, является одним из факторов, который мешает пониманию существующей проблемы отсутствия качественной медицинской помощи людям с ТБ, употребляющим ПАВ, и продуктивного взаимодействия между врачом и пациентом при получении противотуберкулезного лечения.

Для решения существующей проблемы не хватает четко описанных барьеров, с которыми сталкиваются люди с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ и употребляющие психоактивные вещества при получении противотуберкулезного лечения, а также сложности, с которыми сталкиваются медицинские сотрудники при оказании медицинской помощи пациентам с тройным диагнозом ВИЧ/ТБ/наркомания. Наличие задокументированного взгляда на существующую проблему оказания помощи не только со стороны пациентов, но и со стороны медицинских работников позволит подойти комплексно к решению проблемы.

---

<sup>10</sup> Сюнякова Д.А. Особенности эпидемиологии туберкулеза в мире и в России в период 2015-2020 гг. Аналитический обзор //Социальные аспекты здоровья населения. URL: [http://vestnik.mednet.ru/content/view/1273/27/lang\\_ru/](http://vestnik.mednet.ru/content/view/1273/27/lang_ru/)

<sup>11</sup> Ассоциация «Е.В.А.». «НП «Е.В.А.» направило обращения к уполномоченным по правам человека». 13.08.2013. URL: <https://evanetwork.ru/ru/article/np-e-v-a-napravilo-obrashheniya-k-upolnomochennym-po-pravam-cheloveka/>

<sup>12</sup> Ассоциация «Е.В.А.». Химиопрофилактика туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, с точки зрения пациентов. URL: <https://evanetwork.ru/ru/article/himioprofilaktika-tuberkuleza-sredi-lyudej-zhivushhih-s-vich/>

<sup>13</sup> Научно-практическая конференция «Современные аспекты профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции». Презентация БФ «Гуманитарное действие «Сочетанная инфекция туберкулез и ВИЧ-инфекция у потребителей инъекционных наркотиков (ноябрь, 2016). URL: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/vich/16/november/prez/70.pdf>

*Цель исследования* – повышение качества медицинской помощи и социальной поддержки ВИЧ-положительным людям, употребляющим наркотики, с ТБ.

*Задачи:*

1. Выявить и описать основные барьеры, с которыми сталкиваются сообщества, затронутые ВИЧ/ТБ/наркоманией;
2. Выявить и описать основные барьеры, с которыми сталкивается медицинское сообщество при назначении лечения для сообществ, затронутые ВИЧ/ТБ/наркоманией;
3. На основе полученных результатов сформулировать рекомендации по преодолению обнаруженных барьеров.

*Основные гипотезы* при проведении исследования:

- Люди с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ и употребляющие психоактивные вещества в силу своей зависимости от наркотических веществ не всегда имеют возможность получить противотуберкулезное лечение и довести назначенный курс лечения до конца.

- Медицинские специалисты, оказывающие помощь людям при сочетанном заболевании ВИЧ/ТБ/наркомания, сталкиваются с трудностями, связанными с удержанием пациента на лечении и отсутствием приверженности к лечению, в особенности при отсутствии в противотуберкулезном диспансере/больнице доступной наркологической помощи.

*Новизна исследования*

В рамках исследования были проведены глубинные интервью не только с представителями ключевой группы, но и с медицинскими специалистами, задействованными в предоставлении лечения сочетанного заболевания, и социальными работниками, которые работают при медико-социальной службе противотуберкулезного стационара или занимаются социальным сопровождением в ВИЧ-сервисных некоммерческих организациях. Это компонент, который ранее в проведенных исследованиях не был предусмотрен. Это позволило посмотреть на существующую проблему с разных сторон и дало возможность сформулировать более полные и качественные рекомендации для совершенствования стандартов оказания медицинской помощи людям с тройным диагнозом ВИЧ/ТБ/наркомания. В свою очередь, последующее ознакомление представителями сообществ ключевых групп со взглядом медицинских специалистов на барьеры при предоставлении лечения будет также способствовать повышению их уровня знаний и помогать дальнейшему продвижению рекомендаций для улучшения качества помощи при ВИЧ/ТБ/наркомании на местах. Тема сочетанного заболевания ВИЧ/ТБ/наркомания касается определенного круга людей, но понимание барьеров, с которыми сталкиваются нуждающиеся в лечении, и ознакомление с разработанными в рамках данного исследования рекомендациями по преодолению барьеров будет способствовать повышению уровня знаний и понимания проблемы всеми сообществами, затронутыми ВИЧ.

## МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование состоит из двух частей – количественный и качественный этапы.

### *Количественный этап исследования*

В рамках количественного этапа было проведено анкетирование представителей сообщества людей, употребляющих наркотические вещества, с положительным статусом ВИЧ и имеющих опыт получения медицинской помощи при лечении туберкулеза. Разработанный опросник состоял из открытых вопросов (предполагающих развернутые ответы), так и закрытых (ограниченных вариантами ответов). Составление анкеты проходило с участием экспертов из ключевых групп и консультантов из числа ведущих врачей-фтизиатров. Это позволило сделать опросник наиболее объективным, учитывая аспекты как медицинского характера, так и взаимодействие врача с клиентом без ущерба интересов клиента. Опросник состоял из тематических блоков, посвященных социально-демографической характеристике респондентов, опыту употребления ПАВ, постановлению диагноза ТБ, профилактическому лечению туберкулеза, лечению ТБ в противотуберкулезном стационаре и амбулаторно, стигматизации и информированности респондентов о лечении. Перед проведением исследования был проведен пилотаж анкеты и ее корректировка.

Критерии включения респондентов из числа ЛУН для участия в исследовании были следующими:

- 18 лет и старше и согласие на участие в исследовании;
- Наличие опыта употребления наркотических веществ инъекционным и/или неинъекционным путем;
- Наличие положительного ВИЧ-статуса;
- Наличие опыта лечения туберкулеза в течение последних пяти лет в стационаре и/или амбулаторно: находится на лечении на момент проведения исследования/проходил курс лечения в течение последних пяти лет; результат лечения не имел значения.

Поскольку цель исследования – изучение труднодоступной группы населения, то была использована целенаправленная выборка, привлечение респондентов в исследование проводилось с помощью Форумов ключевых групп<sup>14</sup>, в частности Форума ЛУН. Анкетирование проводилось в августе-октябре 2022 года. В опросе приняло участие 109 респондентов из числа ЛУН. В выборку для последующего анализа было включено 108 заполненных анкет.

Опрос проходил через использование гугл-формы. Анализ собранных данных осуществлялся с помощью методов дескриптивной статистики при использовании программы Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

### *Качественный этап исследования*

Основным методом сбора информации в рамках качественного этапа стало глубинное интервью, которое позволило получить оценку ситуации по диагностике и лечению туберкулеза, опираясь на профессиональный и/или личный опыт интервьюируемых.

---

<sup>14</sup> Ключевая группа – группа населения, подвергающаяся повышенному риску инфицирования ВИЧ.



Глубинные интервью проводились среди следующих групп:

- Медицинские специалисты, вовлеченные в оказание противотуберкулезного лечения;
- Представители ключевых групп, имеющие опыт употребления наркотиков и положительный ВИЧ-статус, а также проходившие лечение туберкулеза (стационарно и/или амбулаторно);
- Социальные работники, работающие при медико-социальной службе противотуберкулезного стационара или занимающиеся социальным сопровождением в некоммерческих организациях, работающие с ключевыми группами населения.

Интервью проводились в онлайн-формате по заранее подготовленному гайду. Как и разработка анкеты для количественного этапа, подготовка гайда проходила с участием экспертов из ключевой группы и консультантов из числа врачей-фтизиатров.

Гайд включал в себя основные вопросы, касающиеся опыта лечения туберкулеза в стационаре и амбулаторно, трудностей в диагностировании и лечении туберкулеза, с которыми сталкиваются как ВИЧ-положительные люди, имеющие опыт употребления наркотиков, так и сотрудники медицинских учреждений, назначающие противотуберкулезное лечение этой группе пациентов, а также возможных рекомендаций по улучшению ситуации.

В рамках качественного этапа исследования было проведено 14 интервью с медицинскими специалистами, представителями сообщества ЛУН и социальными работниками. Интервью проходили в августе-сентябре 2022 года.

Рекрутинг респондентов осуществлялся методом снежного кома через ВИЧ-сервисные НКО и личные сети исследователей. Интервью проводились в онлайн-формате (по телефону, через сервисы WhatsApp и Zoom). Длительность интервью варьировалась от 30 до 80 минут. При согласии респондентов интервью записывались на аудиносители и потом были расшифрованы. Ключевые ответы респондентов фиксировались в разработанных бланках. Все интервью были анонимизированы. В качестве метода анализа полученных данных был использован тематический анализ ответов при использовании метода кодирования всех интервью и категоризации.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Характеристика респондентов**

#### **Социально-демографическая характеристика респондентов**

Четверть респондентов – женщины (26,9%, n=29). Мужчины составляют 73,1% (n=79) (Рис.1). Почти половина респондентов не замужем или не жената (47,2%, n=51). Примерно одинаковое количество респондентов разведено или состоит в зарегистрированном и гражданском (незарегистрированном) браке (Рис.2). Средний возраст участвующих в опросе – 40 лет (минимальный возраст респондента – 26 лет, максимальный - 53 года), средний возраст мужчин и женщин отличается на один год: 40 лет - для мужчин и 39 лет - для женщин.

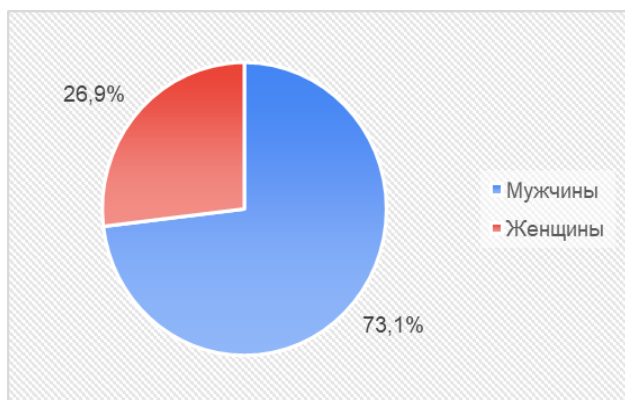


Рис.1. Пол респондентов (n=108), %

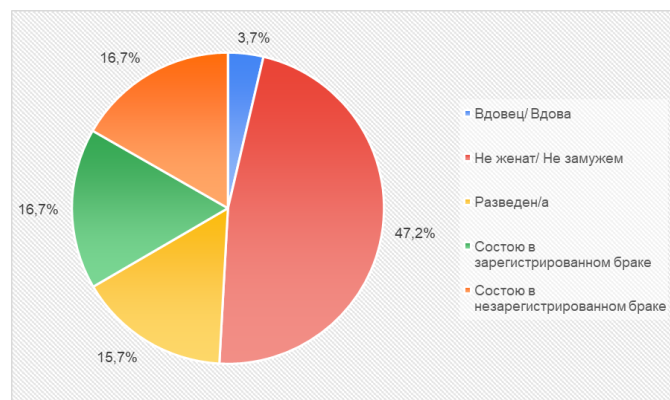


Рис.2. Семейное положение (n=108), %

Респонденты, принявшие участие в опросе, представляют 12 российских регионов (Иркутская, Калининградская, Омская, Оренбургская, Орловская, Самарская, Свердловская, Тюменская и Челябинская области, Республика Татарстан и два города федерального значения – Санкт-Петербург и Москва).

Таблица 1. География участников опроса

| Регионы                 | Респонденты |             |
|-------------------------|-------------|-------------|
|                         | Кол-во      | %           |
| Иркутская область       | 1           | 1%          |
| Калининградская область | 15          | 14%         |
| г.Москва                | 5           | 4%          |
| Омская область          | 3           | 3%          |
| Оренбургская область    | 1           | 1%          |
| Орловская область       | 2           | 2%          |
| Республика Татарстан    | 15          | 14%         |
| Самарская область       | 18          | 17%         |
| г.Санкт-Петербург       | 2           | 2%          |
| Свердловская область    | 38          | 35%         |
| Тюменская область       | 2           | 2%          |
| Челябинская область     | 6           | 5%          |
| <b>Всего</b>            | <b>108</b>  | <b>100%</b> |

Почти одинаковое количество респондентов получает ежемесячно пенсии и/или пособия (например, пособие по инвалидности) (36,1%, n=39), либо подрабатывает, включая неофициальное трудоустройство (35,2%, n=38). 15,8% (n=17) ответивших живут на то, что им дают друзья, знакомые или члены семьи (родители, супруг/а). У каждого пятого респондента нет источника дохода (19,4%, n=21). Постоянную работу имеет около 15% (n=16) респондентов<sup>15</sup> (Рис.3).

<sup>15</sup> Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа.



Рис. 3. Источники дохода респондентов (n=108), %  
 Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

### Употребление ПАВ

Следует отметить, что три четверти респондентов имеют большой стаж употребления наркотиков в анамнезе: 75,9% (n=82) респондентов употребляют ПАВ более 10 лет, среди них 28,7% (n=31) употребляет более 20 лет (Рис.4). Если говорить о женщинах, то большую продолжительность употребления наркотиков (от 10 лет и выше) имеет 62,1% (n=18) женщин, в то время как среди мужчин такой опыт употребления имеет 81,0% (n=64) респондентов.

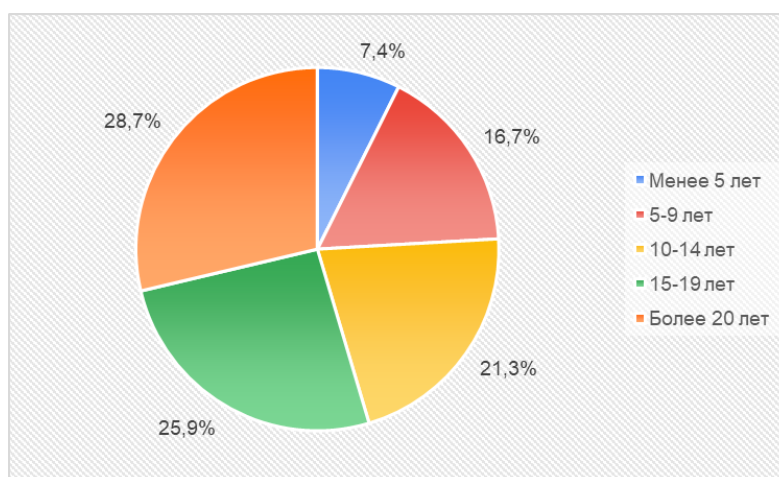


Рис.4. Продолжительность употребления ПАВ (n=108), %

Инъекционный путь употребления наркотических веществ является преобладающим среди респондентов – таким образом употребляет 57,4% (n=62) человек, принявших участие в опросе. В сравнении с мужчинами большая доля женщин употребляет наркотики инъекционным путем - 69,0% (n=20), в то время как среди мужчин – 54,4% (n=43). Неинъекционный путь употребления среди женщин также преобладает (6,9% (n=2), среди мужчин – 2,6% (n=2)). Однако, большая доля респондентов-мужчин имеет опыт употребления

ПАВ инъекционным и неинъекционным путем (43,0%, n=34), в то время как среди женщин эта доля составляет 24,1% (n=7) (Рис.5).

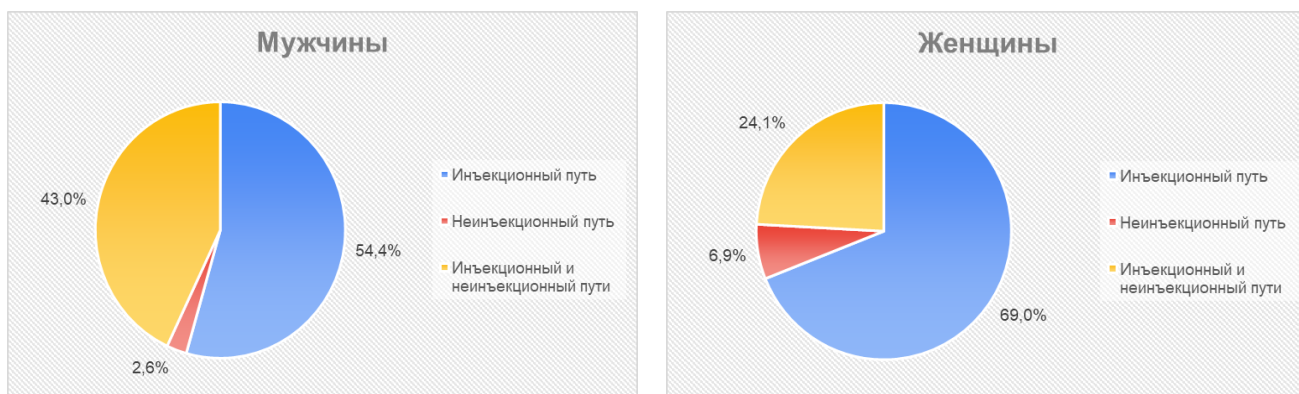


Рис.5. Пути употребления наркотиков среди респондентов по полу респондента, %

### Химиопрофилактика туберкулеза

89 человек дали ответ по химиопрофилактике ТБ. 67,4% (n=60) респондентам предлагали когда-либо пройти химиопрофилактику туберкулеза. Однако, каждому третьему респонденту (32,6%, n=29) никогда не предлагали принимать профилактическое лечение туберкулеза (Рис.6). Из тех, кому предлагали проходить химиопрофилактику ТБ, 71,7% (n=43) согласились принимать лечение, а 28,3% (n=17) отказались от приема (Рис.7).



Рис.6. Предложение пройти химиопрофилактику ТБ (n=89), %

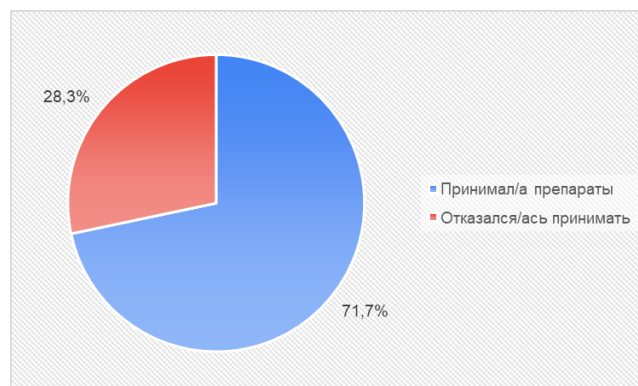


Рис.7. Прием профилактического лечения ТБ (n=60), %

Из тех, кто отказался от приема химиопрофилактики (n=17), 52,9% составляют мужчины, 47,1% - женщины. Причины отказа от профилактического лечения туберкулеза были следующими<sup>16</sup> (Рис.8):

<sup>16</sup> Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа.

- 47,1% отказались из-за боязни побочных эффектов, одна респондентка отметила, что отказ был вызван наличием цирроза печени: «не могла принимать, было очень плохо» (P67).
- 41,2% отказались из-за убеждения, что прием препаратов химиопрофилактики вредит организму;
- 29,4% отказались, так как знали людей, которые прошли этот курс, но все равно заболели туберкулезом;
- 11,8% получили препараты, но не стали их принимать;
- 11,8% «просто не захотели принимать».

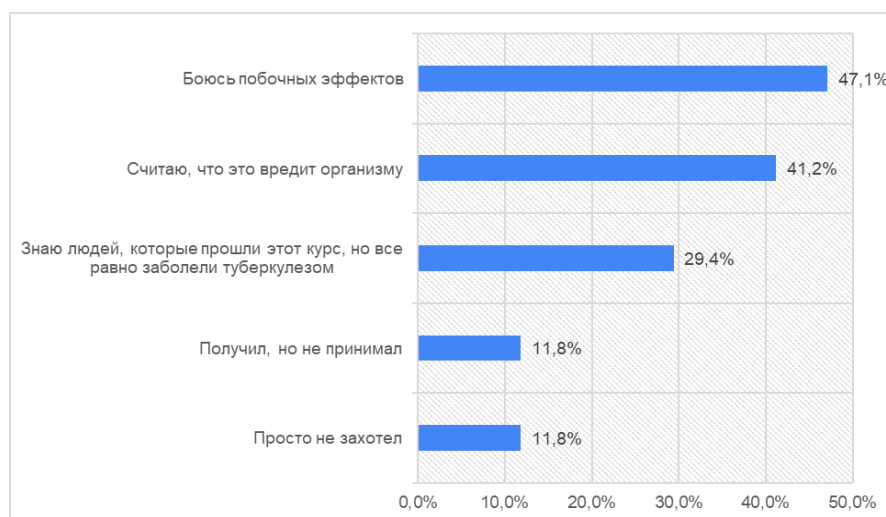


Рис.8. Причины отказа от приема химиопрофилактики туберкулеза (n=17), %.

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

Отказы были также связаны с абстинентным синдромом от употребления ПАВ тем, что «врач сказал, что вначале надо поднять иммунитет в связи с ВИЧ» (P93).

Из тех, кто согласился принимать химиопрофилактику (n=43), 58,1% принимали менее трех лет тому назад, от трех до пяти лет принимало 20,9% респондентов, более пяти лет тому назад – 7,0%, не помнят, когда принимали профилактическое лечение, 14,0% респондентов (Рис.9).

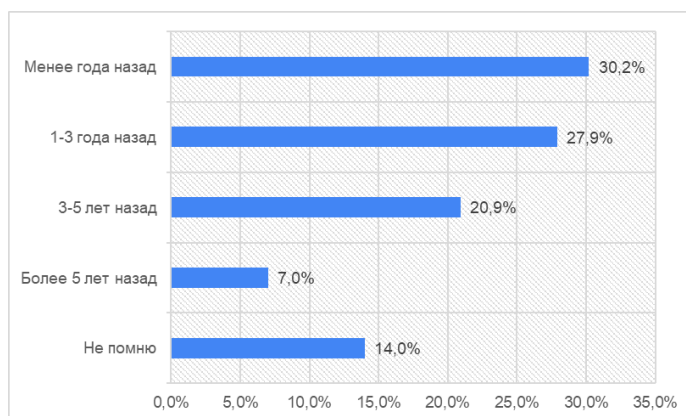


Рис.9. Давность прохождения курса химиопрофилактики туберкулеза (n=43), %

Причиной для назначения химиопрофилактики туберкулеза (n=60) в большинстве случаев стало низкое количество CD4-лимфоцитов (36,7%). 28,3% респондентам лечение профилактика была назначена по результатам пробы Манту / Диаскинтеста, 10,0% - после контакта с человеком, больным туберкулезом. 16,7% не знают причину назначения им профилактического лечения туберкулеза, 8,3% указали другой вариант, среди них - начало приема АРТ (1 респондент), для избежания рецидива туберкулеза после прохождения курса лечения (2 респондента), состояние здоровья респондента (2 респондента) (Рис.10).

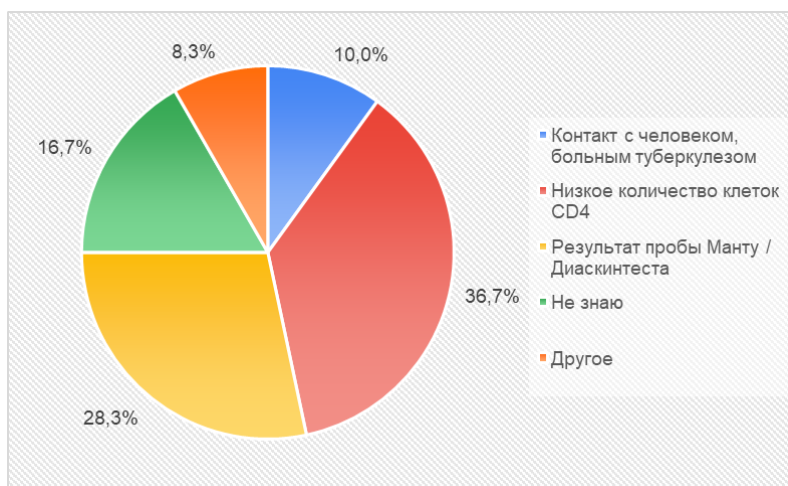


Рис.10. Причины назначения химиопрофилактики туберкулеза (n=60), %

80% (n=48) респондентов ответили, что лечащий врач им объяснил важность приема без пропусков всех препаратов, назначенных для профилактики туберкулеза, 20% (n=12) сказали, что подробного объяснения правил приема не было.

### Диагностика туберкулеза

У большинства респондентов туберкулез был диагностирован 4-5 лет назад (37,1%). У 18,5% ответивших - менее года тому назад, у 23,1% - 2-3 года назад. Более пяти лет тому назад - у каждого пятого респондента (21,3%) (Рис.11).

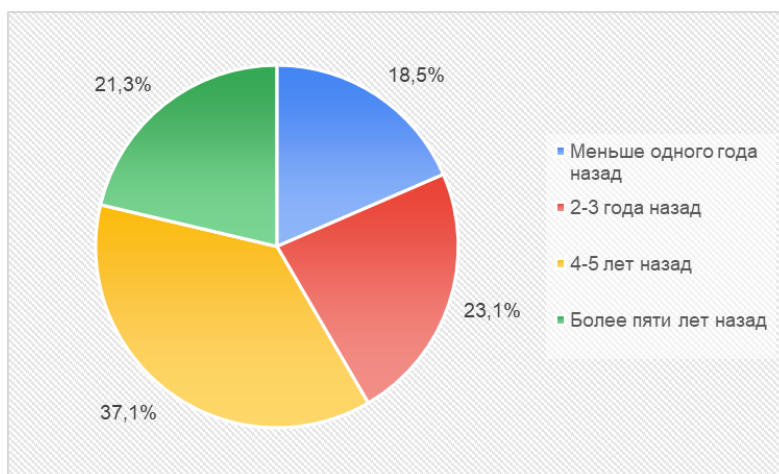


Рис.11. Давность диагностирования туберкулеза (n=108), %

Туберкулез легких является наиболее распространенной формой туберкулеза среди участников опроса – о нем сообщили почти 80% (n=85) респондентов (Рис.12).

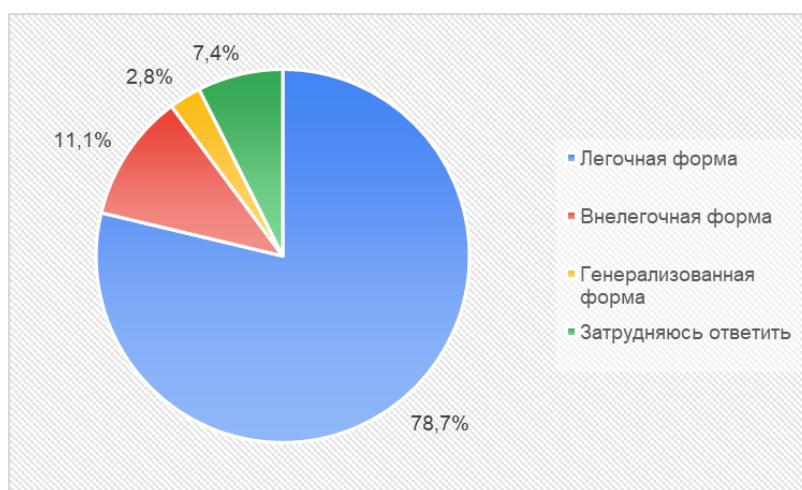


Рис.12. Формы туберкулеза (n=108), %

У 58,8% (n=50) респондентов с легочным туберкулезом на момент начала лечения бактериовыделение выявлено не было. Бактериовыделение на момент регистрации туберкулеза определялось у 36,5% (n=31). 4,7% (n=4) затруднились ответить, сопровождался ли их случай туберкулеза бактериовыделением или нет (Рис.13).

Наиболее распространенной внелегочной формой туберкулеза является туберкулез периферических лимфатических узлов - о нем сообщили 41,7% (n=5) респондентов. На втором месте по распространенности – туберкулез костей (33,3%, n=4). Другие внелегочные формы туберкулеза составляют 25,0% (n=3) (Рис.14).

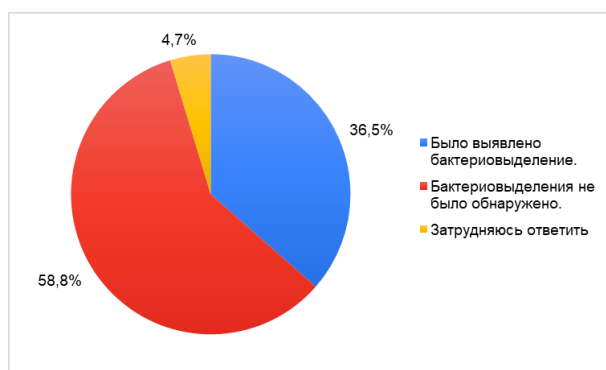


Рис.13. Формы легочного туберкулеза (n=85), %

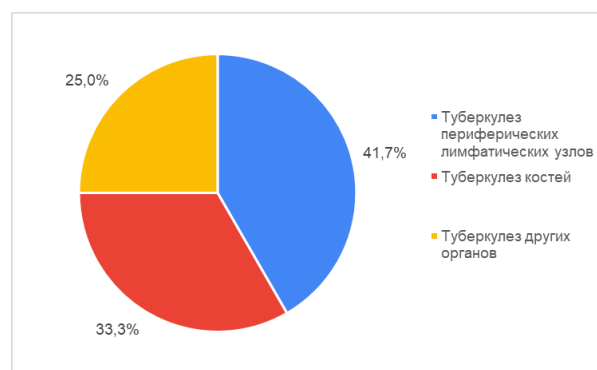


Рис.14. Формы внелегочного туберкулеза (n=12), %

Почти у половины респондентов (43,5%, n=47) туберкулез был выявлен при самостоятельном обращении к врачу по причине плохого самочувствия (повышенная температура, повышенная потливость, кашель). 27,8% (n=30) участников опроса узнали, что больны туберкулезом при прохождении обследования для различных целей в поликлинике или больнице, 28,7% (n=31) - при обследовании для назначения антиретровирусной терапии или во время медицинского осмотра в СИЗО/колонии (Рис.15).

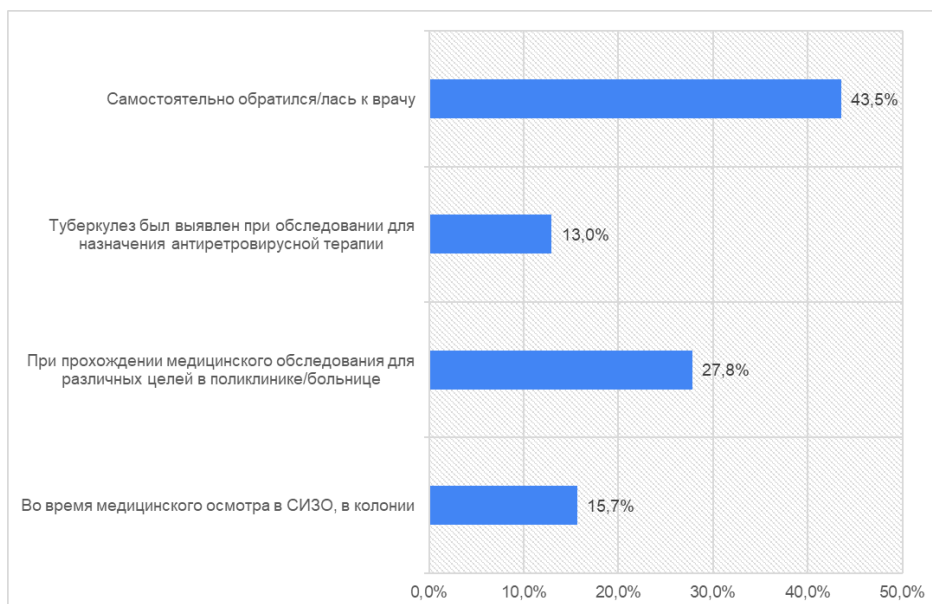


Рис.15. Выявление туберкулеза (n=108), %

### Лечение туберкулеза

Большее половины опрошенных ЛУН (55,6%, n=60) сказали, что лечили туберкулез как в стационаре, так и амбулаторно. 38,9% (n=42) проходили лечение только в стационаре и 5,5% (n=6) - только амбулаторно (Рис.16).

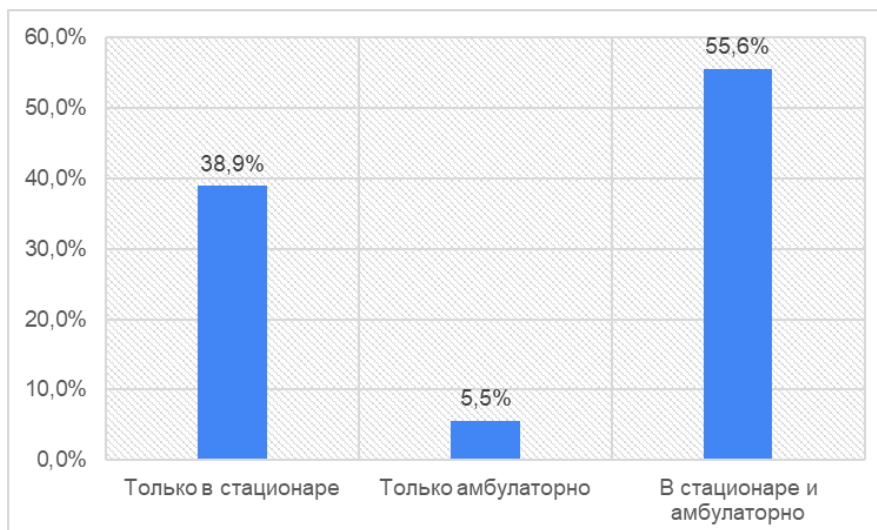


Рис.16. Прохождение лечения туберкулеза (n=108), %

### Лечение в стационаре

В стационаре проходили лечение туберкулеза 94,5% респондентов (102 человека).

Перед госпитализацией в туберкулезный стационар 89,2% опрошенных употребляли ПАВ (n=91), из них 44,0% употребляли постоянно и 56,0% - эпизодически. 10,8%



респондентов сообщили, что перед госпитализацией они не употребляли никакие ПАВ (Рис. 17).

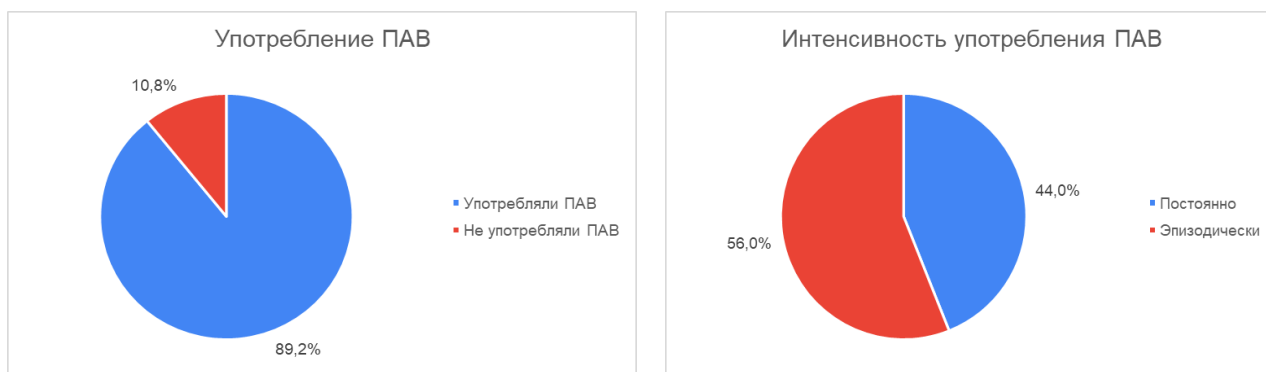


Рис.17. Употребление ПАВ среди респондентов перед госпитализацией, %

Необходимо отметить, что 76,5% (n=78) респондентов продолжили употреблять наркотические вещества, находясь в стационаре: постоянно употребляли 19,2% участников опроса, эпизодически - 80,8% (Рис.18). Тем не менее **12,7% тех, которые принимали ПАВ до начала лечения, перестали их употреблять во время госпитализации.**



Рис.18. Употребление ПАВ среди респондентов во время госпитализации, %

**Консультацию нарколога при поступлении в стационар предложили только 16,5% (n=15) активным потребителям наркотических веществ (среди тех, кто находился в употреблении ПАВ перед госпитализацией, n=91). 83,5% (n=76) респондентов такая консультация предложена не была. Из тех, кому была предложена консультация нарколога, ею воспользовались 53,3%, а 46,7% от нее отказались. Таким образом, только 8,8% (n=8) пациентов, которые употребляли ПАВ перед госпитализацией в стационар, прошли консультацию нарколога при поступлении в лечебное учреждение (Рис.19).**

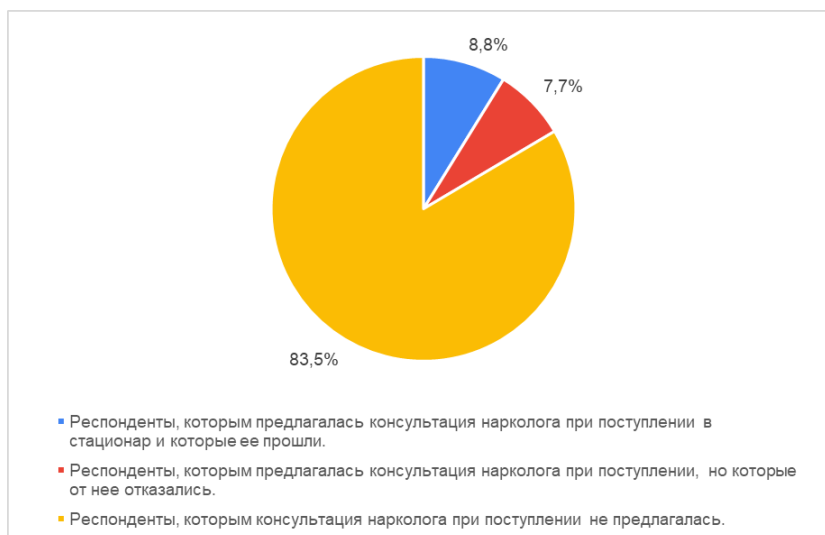


Рис.19. Прохождение респондентами консультации нарколога при поступлении в стационар (n=91), %

Из тех, кто употреблял наркотические вещества во время лечения в стационаре (n=78), медикаментозное лечение в связи с употреблением наркотиков получил только 1,3% (1 человек). 1,3% респондентов отметил, что не нуждался в таком лечении. Не получали такого лечения 97,4% участников опроса (Рис.20).

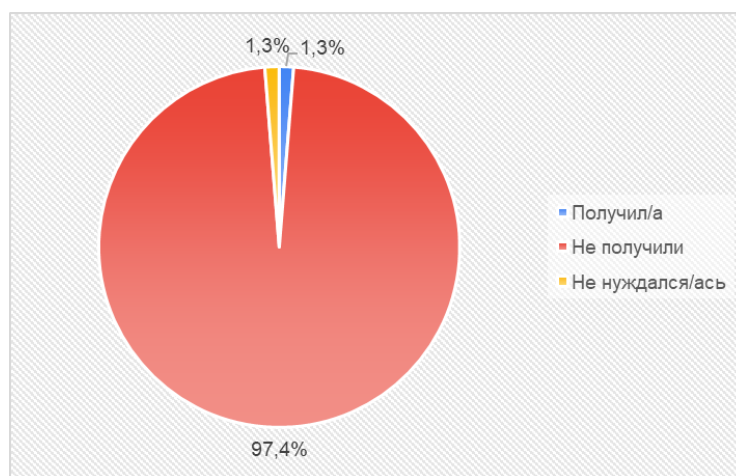


Рис.20. Получение медикаментозного лечения в связи с употреблением ПАВ (n=78), %

Во время нахождения в противотуберкулезном диспансере больше половины участников опроса сталкивались со следующими ситуациями (n=102) (Таблица 2):

1) Наркология:

- 87,3% респондентов употребляли наркотические вещества (48,3% - регулярно, 39,3% - несколько раз, 12,4% - однажды). Следует отметить, что это на 10,8% респондентов больше, чем доля тех, которые положительно ответили об употреблении наркотиков в стационаре в отдельном вопросе (76,5% респондентов). Это может быть связано с тем,

что единичное употребление ПАВ не было отмечено ими, поскольку оно не является ни постоянным, ни эпизодическим употреблением;

- 76,4% опрошенных самовольно покидали стационар, чтобы приобрести наркотики (30,8% это делали регулярно, 44,9% - несколько раз, 24,3% - однажды);
- 73,5% употребляли алкоголь (25,3% регулярно, 50,7% - несколько раз, 24,0% - однажды);

## 2) Лечение ТБ и прием АРВТ:

- 71,6% респондентов пропускали прием противотуберкулезных препаратов (9,6% делали это регулярно, 61,6% - несколько раз, 28,8% - однажды);
- 66,7% участников опроса нарушали предписанный врачом режим приема противотуберкулезных препаратов (10,3% - регулярно, 61,8% - несколько раз, 27,9% - однажды);
- 61,8% нарушали прием АРВТ (6,3% - регулярно, 66,7% - несколько раз, 27,0% - однажды).

Таблица 2. Ситуации, с которыми сталкивались респонденты во время лечения туберкулеза в стационаре (n=102), %

| Ситуация   | Регулярно | Несколько раз | Однажды | Ни разу |
|--|-----------|---------------|---------|---------|
| Не смогли получить АРВ-препараты   | 2,0%      | 14,7%         | 15,7%   | 67,6%   |
| Употребляли наркотические вещества   | 42,2%     | 34,3%         | 10,8%   | 12,7%   |
| Употребляли алкоголь   | 18,6%     | 37,3%         | 17,6%   | 26,5%   |
| Пропустили прием противотуберкулезных препаратов   | 6,9%      | 44,1%         | 20,6%   | 28,4%   |
| Нарушали предписанный врачом режим приема противотуберкулезных препаратов                                | 6,9%      | 41,2%         | 18,6%   | 33,3%   |
| Нарушали прием АРВ-терапии   | 3,9%      | 41,2%         | 16,7%   | 38,2%   |
| Самовольно покидали стационар для того, чтобы приобрести наркотики                                       | 23,5%     | 34,3%         | 18,6%   | 23,6%   |
| Самовольно покидали стационар по причинам, не связанным с приобретением наркотиков                       | 15,7%     | 37,3%         | 12,7%   | 34,3%   |
| Досрочная выписка за употребление наркотиков в стационаре  | 4,9%      | 19,6%         | 19,6%   | 55,9%   |
| Досрочная выписка за нарушение больничного режима, не связанного с употреблением наркотиков в стационаре | 2,9%      | 18,6%         | 21,6%   | 56,9%   |

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

*Мотивация на прохождение полного курса лечения в стационаре и причины, препятствующие этому*

Следует отметить, что доля участников опроса, находившихся в стационаре и завершивших там свое лечение, составляет только 42,2% (n=43). Лечение в стационаре не

было завершено у 45,1% (n=46) респондентов, 12,7% (n=13) проходили лечение на момент опроса (Рис.21).

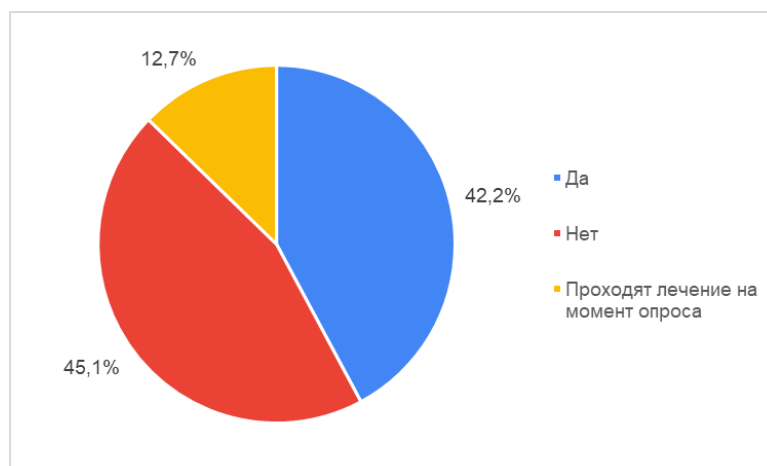


Рис.21. Завершение курса лечения в стационаре (n=102), %

Респонденты, которые прошли лечение туберкулеза в стационаре до конца (n=43), отметили, что преодолеть многие трудности и закончить лечение им помогло<sup>17</sup> (Рис.22):

- Желание справиться с болезнью (90,7%);
- Психологическая поддержка родственников, близких и друзей (55,8%);
- Возможность покинуть стационар, чтобы приобрести наркотики (25,6%);
- Возможность продолжить употребление наркотиков, находясь в стационаре (18,6%);
- Уважительное отношение медицинского персонала (18,6%);
- Наличие детей (4,7%);
- Поддержка общественных организаций (2,3%).

Стоит отметить, что треть респондентов, проходящих лечение в стационаре и завершивших его (30,2%), сообщили, что возможность продолжить употребление наркотиков и, как следствие, отсутствие абстинентного синдрома, содействовали завершению курса лечения от туберкулеза.

<sup>17</sup> Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа.

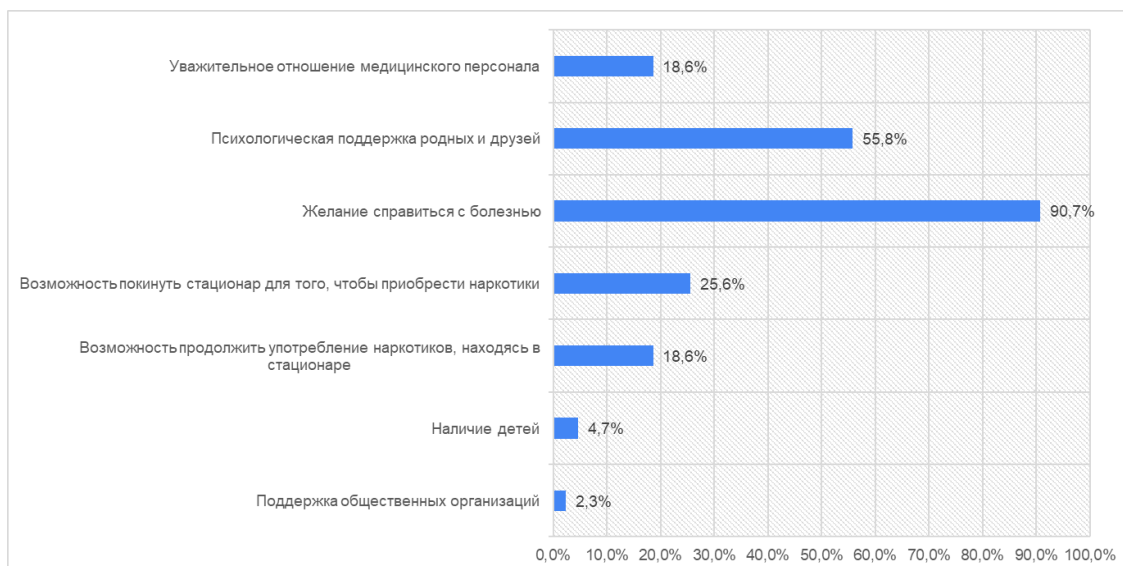


Рис.22. Что помогло закончить курс лечения в стационаре (n=43), %

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

Рассмотрим причины, которые, по мнению респондентов, помешали им закончить лечение туберкулеза в стационаре<sup>18</sup> (Рис.23).

Те респонденты, которые прервали лечение туберкулеза в стационаре (n=46), основными причинами, которые помешали им пройти лечение до конца, назвали **нарушение режима пребывания в стационаре (47,8%), отсутствие наркологической помощи (41,3%) и необходимость прервать употребление ПАВ во время нахождения в стационаре (39,1%)**. Отсутствие возможности покидать стационар для того, чтобы приобрести наркотические вещества, также является существенной причиной, этот вариант отметило 37,0% респондентов. Каждый четвертый респондент сообщил, что ему помешало завершить лечение в стационаре наличие конфликтов с медицинским персоналом (26,1%). Каждый пятый отметил наличие побочных эффектов от приема противотуберкулезных препаратов (19,6%). Респондентами также были предложены свои варианты ответа, которые было сложно отнести к какой-либо категории. Всего к группе «Другое» было отнесено 13,0% ответов. Среди причин, которые они назвали, были: депрессия, жилищно-семейные проблемы, количество людей, употребляющих наркотики в стационаре, отсутствие возможности видеть своих детей и родственников, сложности с получением АРТ по причине отсутствия регистрации.

<sup>18</sup> Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа.



Рис.23. Что помешало закончить лечение туберкулеза в стационаре (n=46), %

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

### *Возникающие трудности при прохождении лечения в стационаре*

Респонденты отметили следующие основные трудности, с которыми они столкнулись при лечении туберкулеза в стационаре (n=102)<sup>19</sup> (Рис.24):

- Побочные эффекты (60,8%);
- Тяжелое физическое состояние, связанное с имеющимися хроническими заболеваниями, поражением органов, отсутствие вен (30,4%);
- Необходимость принимать большое количество препаратов, включая АРТ (14,7%);
- Долгое лечение, требующее постоянного нахождения в стационаре (48,0%);
- Длительная изоляция, невозможность выходить на прогулку и встречаться с семьей (24,5%);
- Условия содержания (плохая еда, не закрываются двери в палаты, нечем заняться (скука), психически угнетающая обстановка) (38,2%);
- Игнорирование со стороны медицинского персонала (непредоставление информации о ходе и сроках лечения, врачи ничего не объясняют, игнорирование жалоб и тяжелого состояния) (33,3%);
- Контингент пациентов (воруют вещи и продукты, много людей, которые употребляют наркотики и алкоголь – в такой обстановке сложно не сорваться) (11,8%);
- Отсутствие наркологической помощи или недостаточность наркологической помощи (абстинентный синдром; приходится покидать стационар, чтобы приобрести наркотики, и таким образом нарушать режим; эмоциональные

<sup>19</sup> Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа.

срывы в связи с невозможностью приобрести наркотики; тяжело принимать противотуберкулезные препараты при «ломке») (52,9%);

- Отсутствие психологической поддержки (32,4%);
- Отсутствие финансовых средств, чтобы приобрести необходимые гигиенические средства, еду и пр. (8,8%);
- Отсутствие регистрации и невозможность получить АРТ (4,9%).



Рис.24. Трудности, с которыми сталкивались респонденты при лечении туберкулеза в стационаре (n=102), %

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

### Амбулаторное лечение туберкулеза

61,2% (n=66) респондентов проходило амбулаторное лечение туберкулеза.

#### Организация амбулаторного лечения

У 89,4% респондентов лечение осуществлялось посредством посещения противотуберкулезного стационара, 7,6% посещали дневной стационар при ПТД. Только у 3,0% респондентов амбулаторное лечение строилось на приеме противотуберкулезных препаратов при видеонаблюдении или под наблюдением медицинского работника (Рис.25).

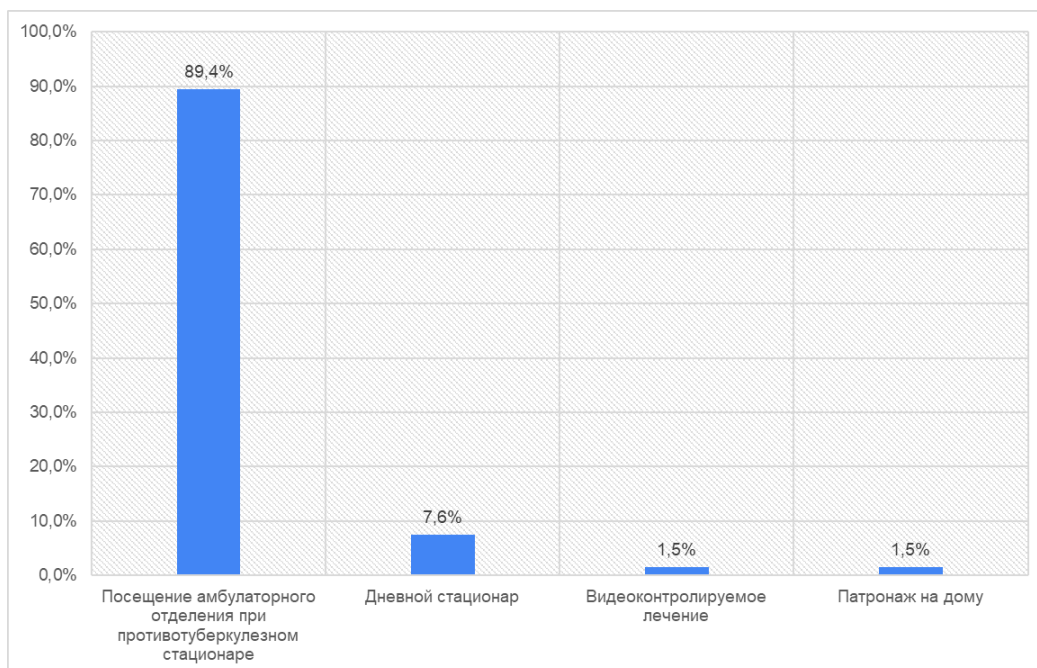


Рис.25. Форма амбулаторного лечения респондентов (n=66), %

Среди тех, кто посещал амбулаторное отделение при противотуберкулезном стационаре (n=59), 57,6% получали противотуберкулезные препараты на руки сразу на несколько дней, 25,4% - получали ПТП на несколько недель, 13,6% - на месяц и более. 3,4% респондентов отметили, что не помнят, на какой срок могли получить ПТП. Только каждый десятый респондент среди тех, кто получал противотуберкулезные препараты на руки в амбулаторном отделении противотуберкулезного стационара, сообщил, что сталкивался с контролем за приемом ПТП со стороны медицинских работников. Почти 90% респондентов сообщили, что контроль за приемом ПТП не осуществлялся (Рис.26).

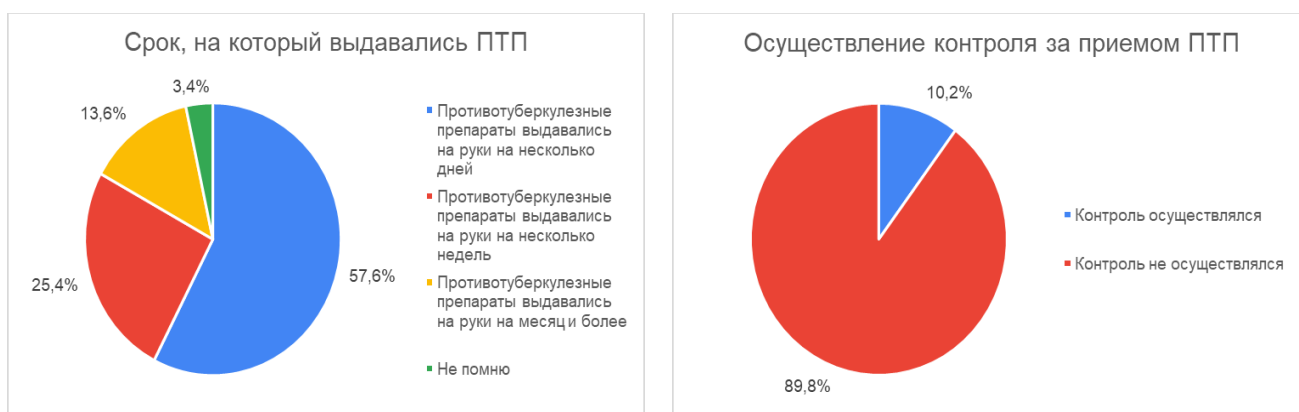


Рис.26. Прием противотуберкулезного лечения при посещении амбулаторного отделения ПТД (n=59), %

При амбулаторном лечении туберкулеза респонденты чаще всего сталкивались со следующими ситуациями (n=66) (Таблица 3):



- Нарушение регулярности приема ПТП по времени суток (12,5% сталкивались регулярно, 64,6% - несколько раз за время амбулаторного лечения, 22,9% - сталкивались однажды);
- Пропуск приема противотуберкулезных препаратов, так как нужно было искать наркотики (19,0% за время лечения сталкивались регулярно, 64,3% - несколько раз, 16,7% - однажды);
- Пропуск приема противотуберкулезных препаратов, так как не было денег, чтобы добраться до медицинского учреждения и их получить (7,9% сталкивались регулярно, 68,4% - несколько раз, 23,7% - однажды).

Таблица 3. Ситуации, с которыми сталкивались респонденты во время амбулаторного лечения туберкулеза (n=66), %

| Ситуация  | Регулярно | Несколько раз | Однажды | Ни разу |
|---|-----------|---------------|---------|---------|
| Врач непонятно объяснил, как принимать противотуберкулезные препараты   | 10,6%     | 6,1%          | 10,6%   | 72,7%   |
| Врач непонятно объяснил, как сочетать противотуберкулезные препараты и АРВ-терапию  | 10,6%     | 7,6%          | 15,2%   | 66,7%   |
| Приняли противотуберкулезные препараты в другое время суток (нарушение регулярности приема)                                       | 9,1%      | 47,0%         | 16,7%   | 27,3%   |
| Пропустили прием противотуберкулезных препаратов, так как не было денег, чтобы добраться до медицинского учреждения и их получить | 4,5%      | 39,4%         | 13,6%   | 42,4%   |
| Пропустили прием противотуберкулезных препаратов по причине отсутствия препаратов в амбулаторном отделении                        | 3,0%      | 13,6%         | 7,6%    | 75,8%   |
| Пропустили прием противотуберкулезных препаратов, так как нужно было искать наркотики   | 12,1%     | 40,9%         | 10,6%   | 36,4%   |
| Пропустили прием препаратов по другим причинам, не указанным в предыдущих трех пунктах.   | 6,1%      | 25,8%         | 18,2%   | 50,0%   |
| Решили самостоятельно прервать прием препаратов   | 3,0%      | 13,6%         | 16,7%   | 66,7%   |

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

### *Возникающие трудности при амбулаторном лечении*

Участники опроса указали трудности, с которыми они столкнулись при приеме терапии во время амбулаторного лечения (n=66). Некоторые сложности повторяют те, которые возникают при лечении в стационаре, но есть и уникальные.

Большинство респондентов (27,3%) говорит о возникновении серьезных побочных эффектов от приема медикаментов, что ухудшает и так тяжелое физическое состояние, связанное с поражением печени и других органов от приема ПАВ. Такая же доля респондентов (27,3%) отметила отсутствие денег на проезд до противотуберкулезного диспансера, также они сообщили, что диспансер находится далеко, как правило, за чертой города или в соседнем городе, что требует не только наличия финансовых средств, но и времени. 16,7% указали возникновение абстинентного синдрома по причине вынужденной отмены приема наркотиков. 13,6% респондентов также говорят о длительности приема противотуберкулезных препаратов и необходимости соблюдения определенного режима их

приема, что при наркотической зависимости и необходимости поиска наркотиков ведет к частому забыванию приема. 7,6% отметили о необходимости долго ждать медицинский персонал, который выдает препараты в ПТД, так как часто медицинских работников нет на месте. Такая же доля респондентов отмечает общее нежелание постоянно ездить за препаратами. 4,5% сообщили о развитии устойчивости к противотуберкулезным препаратам, о которой сообщил им лечащий врач. Есть и такие, которые говорят, что не сталкиваются ни с какими трудностями при амбулаторном лечении туберкулеза (7,6%). 1,5% отметили отсутствие жилья и регистрации (Рис.27).



Рис.27. Трудности, с которыми сталкиваются респонденты при амбулаторном лечении (n=66), %

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

### *Причины прерывания курса лечения и его завершения*

Среди людей, принявших участие в опросе и проходивших амбулаторное лечение туберкулеза, 51,5% (n=34) его завершили, 16,7% (n=11) вынуждены были его прервать по разным причинам. 31,8% (n=21) респондентов проходят лечение на момент прохождения опроса (Рис.28).

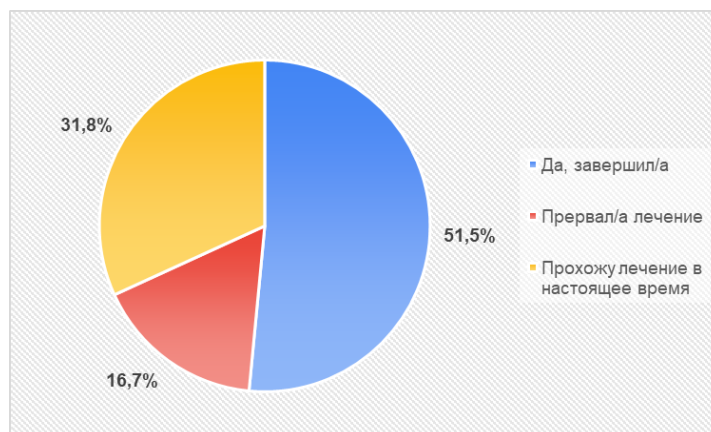


Рис.28. Было ли завершено амбулаторное лечение (n=66), %

Респонденты, которые бросили прием противотуберкулезных препаратов во время амбулаторного лечения (n=11), отметили, что причинами такого решения стало следующее: наличие побочных эффектов от противотуберкулезных препаратов (63,3%), «усталость» от длительного приема лекарственных препаратов (45,5%), употребление наркотических веществ (36,4%). Улучшение самочувствия (18,2%) и отъезд из города (9,1%) также были указаны респондентами в качестве причин, ведущих к отрыву от лечения. Участниками опроса также были предложены дополнительные варианты ответа. Всего к группе «Другое» было отнесено 18,2% ответов (2 человека). Среди причин, которые они указали: развитие устойчивости к препаратам, что приводит, по их мнению, к бессмысленности приема терапии и ее неэффективности (Рис.29).

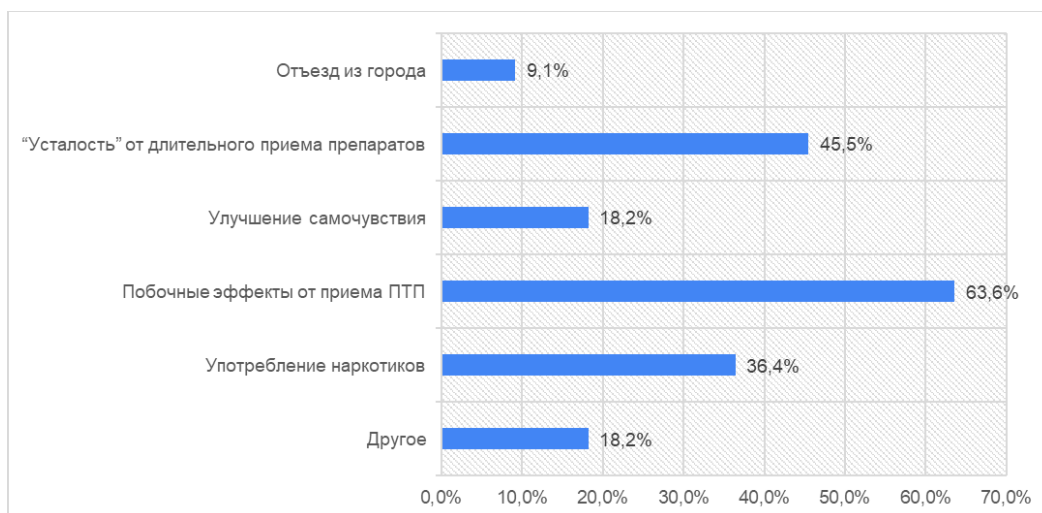


Рис.29. Что помешало закончить амбулаторное лечение туберкулеза (n=11), %  
 Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

Все, что указали респонденты в качестве мотивации (n=34), а именно то, что помогло им пройти полный курс лечения туберкулеза амбулаторно, можно объединить в три основные группы: страх за свое здоровье и желание выздороветь (доля респондентов, которые указали это, составила 38,2%), страх за свою жизнь и желание жить (35,3%), поддержка родственников, близких и друзей (26,5%) (Рис.30).

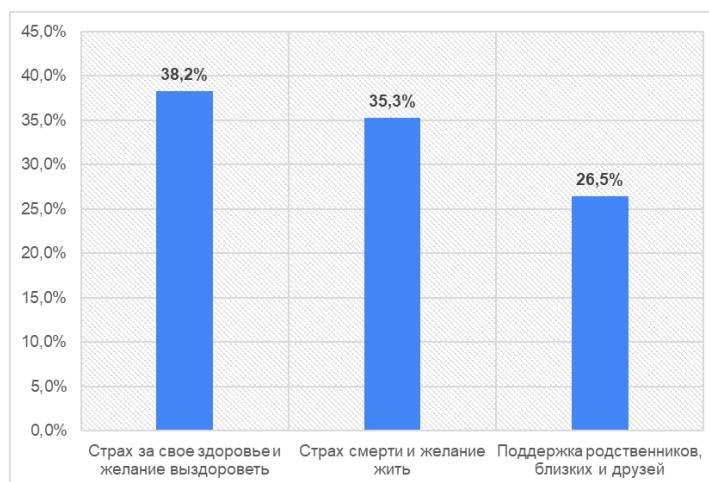


Рис.30. Что помогло закончить амбулаторный курс лечения ТБ (n=34), %

## Опыт переживания стигматизации и дискриминации

Как минимум, половина респондентов сталкивалась с различными формами стигматизации и дискриминации со стороны медицинского персонала. Большинство участников опроса (50,9%) испытывали изменение отношения со стороны медицинских работников после того, как те узнали про опыт употребления наркотиков респондентами (16,4% регулярно сталкивались с этим, 32,7% - несколько раз, 50,9% - однажды). 50,0% пережили разглашение информации о потреблении наркотиков (11,1% сталкивались с этим регулярно, 46,3% - несколько раз, 42,6% - однажды). 42,6% столкнулись с оскорблением со стороны медицинского персонала из-за своего внешнего вида (17,4% испытывали это регулярно, 37,0% - несколько раз, 45,6% - однажды) (Таблица 4).

Таблица 4. Проявления стигмы и дискриминации (n=108), %

| Ситуация   | Регулярно | Несколько раз | Однажды | Ни разу |
|--|-----------|---------------|---------|---------|
| Разглашение информации о положительном ВИЧ-статусе   | 5,7%      | 14,2%         | 17,9%   | 62,2%   |
| Разглашение информации о потреблении наркотиков  | 5,6%      | 23,1%         | 21,3%   | 50,0%   |
| Оскорбление со стороны медицинского персонала из-за внешнего вида  | 7,4%      | 15,8%         | 19,4%   | 57,4%   |
| Оскорбление со стороны медицинского персонала из-за трофических язв, кожных высыпаний                                | 5,6%      | 4,6%          | 7,4%    | 82,4%   |
| Изменение отношения со стороны медицинского персонала после того, как они узнали, что вы употребляете наркотики      | 8,3%      | 16,7%         | 25,9%   | 49,1%   |
| Изменение отношения со стороны медицинского персонала после того, как они узнали, что у вас положительный ВИЧ-статус | 5,6%      | 13,0%         | 15,7%   | 65,7%   |

Вопрос, предполагающий возможность множественного выбора вариантов ответа

## Базовые знания о лечении туберкулеза

Во время анкетирования было задано четыре вопроса, касающихся знаний о лечении туберкулеза:

- Излечим ли туберкулез?
- Излечим ли туберкулез у людей, имеющих ВИЧ-положительный статус?
- Каким образом лечится туберкулез?
- Каким должно быть эффективное лечение туберкулеза?

Следует отметить, что правильно на все четыре вопроса ответил только каждый пятый респондент (23,1%, n=25).

Правильно на первый вопрос, касающийся возможности вылечить туберкулез, ответило 75,0% респондентов (n=81) (Рис.31). На второй вопрос об излечимости туберкулеза у

людей с ВИЧ-положительным статусом, правильно ответило 77,1% респондентов (n=83) (Рис.32). 4,6% респондентов правильно ответили на второй вопрос, но неправильно на первый.

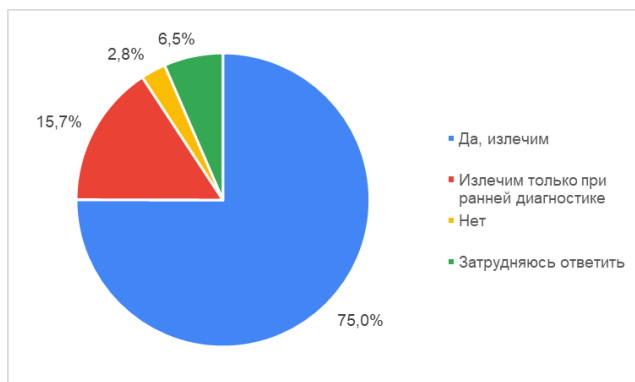


Рис.31. Ответы на вопрос «Излечим ли туберкулез?» (n=108), %

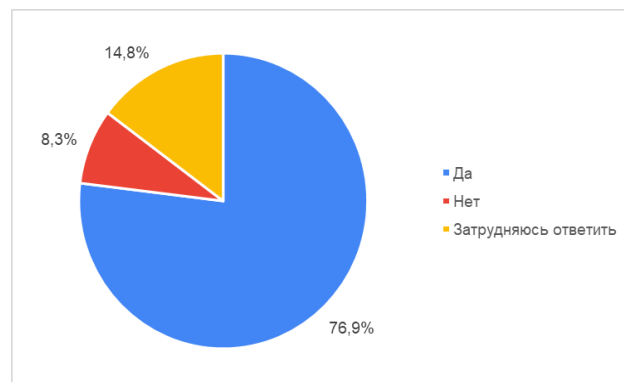


Рис.32. Ответы на вопрос «Излечим ли туберкулез у ВИЧ-положительных людей?» (n=108), %

93,5% участников опроса (n=101) правильно ответили на вопрос о том, каким образом лечится туберкулез (Рис.33).

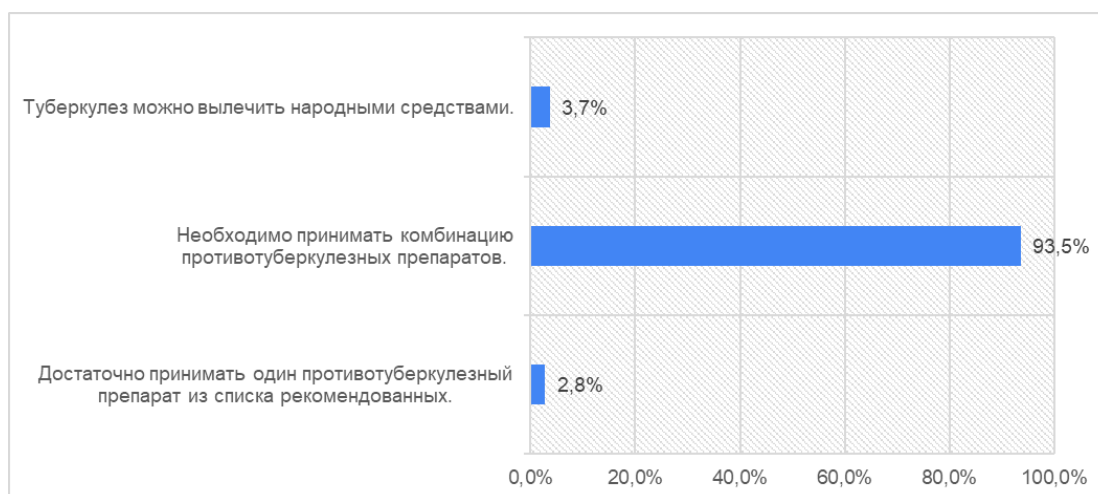


Рис.33. Ответы на вопрос «Каким образом лечится туберкулез?» (n=108), %

В последнем четвертом вопросе об эффективности лечения «Каким должно быть эффективное лечение от туберкулеза?» все пять предложенных вариантов ответов являются правильными, а именно контролируемым (медперсонал должен проверять, придерживается ли пациент назначенного режима лечения), длительным (минимальный курс составляет 4-6 месяцев, максимальный 24-26 месяцев), непрерывным (препараты принимаются каждый день, в одно и то же время), комбинированным (в схему лечения входят от 4 до 7 противотуберкулезных препаратов, и они действуют сообща) и индивидуализированным (препараты подбирают в соответствии с тестом на лекарственную чувствительность, который был проведен перед началом лечения). Только 31,5% (n=34) респондентов указали все правильные ответы. Соответственно, неполно ответили на этот вопрос (выбрали четыре варианта и меньше) 68,5% участников опроса (n=74) (Рис.34).

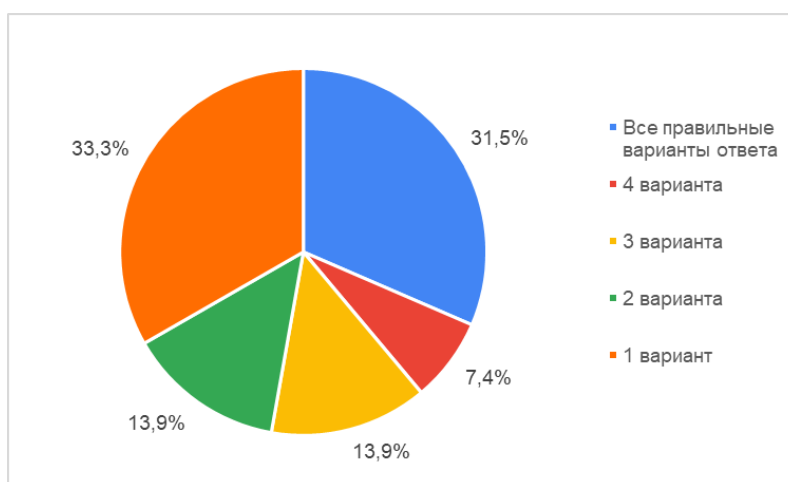


Рис.34. Ответы на вопрос «Каким должно быть эффективное лечение от туберкулеза?» (n=108), %

## Выводы

Большинство участников опроса составляют мужчины. Средний возраст респондента – 40 лет. Для большинства респондентов основными источниками дохода являются подработка, включая неофициальное трудоустройство, и получение пособий и пенсий. Каждый пятый не имеет источников дохода. 75,9% респондентов имеют опыт употребления наркотических веществ более десяти лет. Инъекционный путь употребления ПАВ среди респондентов является преобладающим.

Среди опрошенных химиопрофилактику туберкулеза принимали 71,7% респондентов. Каждый четвертый респондент отказался ее принимать. Основными причинами отказа от приема профилактического лечения послужил страх побочных эффектов, которые могут вызвать препараты, и вреда, который лечение может нанести организму, а также убеждение определенной бесполезности данного лечения. Следует отметить, что каждому третьему респонденту медицинские работники никогда не предлагали принимать профилактическое лечение туберкулеза.

Среди участников опроса преобладает легочный туберкулез, при котором не момент начала лечения бактериовыделение выявлено не было. 94,4% респондентов проходили лечение туберкулеза в стационаре, больше половины также лечили туберкулез амбулаторно. Также следует отметить, что половина опрошенных сталкивались со стигматизацией и дискриминацией со стороны медицинского персонала во время прохождения лечения туберкулеза.

Почти половина респондентов (45,1%) не закончила курс лечения туберкулеза в стационаре. В основном, это связано с необходимостью систематического приема ПАВ, так как отказ от приема наркотиков одновременно с лечением туберкулеза не является возможным. Таким образом, отсутствие наркологической помощи в стационаре, необходимость прервать употребление ПАВ на время нахождения в стационаре или невозможность его покинуть для приобретения наркотиков приводит к абстинентному синдрому и, соответственно, с этим связанному тяжелому физическому и эмоциональному состоянию, а также к нарушению режима медицинского учреждения из-за необходимости его

покидать для приобретения наркотических веществ. Длительное лечение и возникающие при приеме противотуберкулезных и АРВ препаратов побочные эффекты также являются основными факторами, которые ведут к отрыву как от стационарного, так и от амбулаторного лечения туберкулеза. При этом желание справиться с болезнью, желание жить, а также психологическая поддержка родственников и друзей способствуют завершению лечения заболевания.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Характеристика респондентов**

В рамках качественного этапа исследования было проведено 14 интервью: шесть интервью с медицинскими специалистами, пять с представителями сообщества ЛУН и три с социальными работниками.

Медицинские специалисты представляют собой врачей-фтизиатров, которые назначают противотуберкулезное лечение и занимаются организацией лечения туберкулеза как в стационаре, так и амбулаторно, они являются сотрудниками городских и областных противотуберкулезных стационаров и амбулаторно-поликлинические отделений. Социальные работники являются специалистами, работающими при кабинете медико-социальной помощи противотуберкулезного диспансера или занимающихся социальным сопровождением представителей ключевых групп с ВИЧ/ТБ в ВИЧ-сервисной некоммерческой организации. Представители сообщества ЛУН, с которыми были проведены интервью, имеют ВИЧ-положительный статус и опыт лечения туберкулеза в течение последних пяти лет в стационаре и/или проходили курс лечения туберкулеза амбулаторно на момент проведения интервью. Все информанты из числа ЛУН (двое мужчин и три женщины) имеют опыт употребления ПАВ более десяти лет, инъекционный путь употребления наркотических веществ среди них является преобладающим.

Города проживания и работы респондентов следующие: Владимир (Владимирская область), Екатеринбург (Свердловская область), г. Москва, г. Санкт-Петербург, Тольятти (Самарская область), Челябинск (Челябинская область). Выбор городов проходил с участием привлеченных консультантов из числа врачей и ключевой группы и был осуществлен на основании эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и туберкулезу, наличия сервисов для ВИЧ-положительных ЛУН и готовности врачей обсуждать данную тематику.

### **Диагностика туберкулеза**

Медицинские специалисты отмечают, что туберкулез у людей, употребляющих наркотики, диагностируется, как правило, уже на поздней стадии развития, с распространенным туберкулезным процессом в легких, когда наблюдается потеря массы тела, длительная температура, поскольку такие пациенты склонны не заботиться о своем здоровье, к тому же на ранней стадии развития туберкулеза клинические симптомы заболевания не выражены ярко. *«Часто в тяжелом состоянии к нам поступают, уже когда у них не только*

туберкулез, но и вторичные заболевания есть. Их приводит в медицинское учреждение тяжесть состояния» (PM04<sup>20</sup>). Было отмечено, что с профилактическими целями за обследованием они обращаются крайне редко: «Единицы, которые очень внимательно относятся к своему здоровью, кто регулярно обследуется [на наличие туберкулезной инфекции]» (PM04); «Самая большая трудность, чтобы они до нас дошли» (PM03<sup>21</sup>). ВИЧ-положительные ЛУН часто не привержены лечению ВИЧ, не посещают Центр СПИД. В основном у них диагностируется легочная форма туберкулеза, но часто встречается и генерализованная форма.

Респонденты из числа медицинских специалистов и социальных работников отметили, что основной причиной игнорирования клинических проявлений заболевания и позднего обращения за медицинской помощью ВИЧ-положительных ЛУН часто является их образ жизни, связанный не только с употреблением ПАВ, но и с низкоквалифицированной тяжелой работой, боязнью ее потерять.

### **Лечение в стационаре**

Информанты из числа медиков отмечают, что потребители наркотических веществ составляют большую долю (от 60% до 90%) среди ВИЧ-положительных пациентов, которые проходят лечение в стационаре.

При поступлении пациента в стационар происходит сбор анамнеза и определение его состояния. Медицинские специалисты отмечают, что сейчас при поступлении в стационар пациенты стали более открытыми и отвечают достаточно правдиво на вопрос, связанный с употреблением наркотических веществ: «Раньше более скрытные пациенты были, сейчас уже не так скрывают. У нас есть конкретный вопрос при поступлении: «Употребляете ли вы наркотики?». Практически все говорят честно, что употребляют. Единственное, в чем могут обмануть, так это сказать, что употребляли раньше, в прошлом, а сейчас уже нет» (PM03). Это подтверждают и социальные работники, однако, доля утаивших информацию об опыте употребления ПАВ, по их мнению, остается большой, и это связано в основном с желанием не привлекать к себе внимание и боязнью столкнуться с неприязненностью и дискриминацией со стороны медицинского персонала. И в данном случае наличие равного консультанта в стационаре, который имел опыт употребления ПАВ, является преимуществом, поскольку с ним пациенты из сообщества могут быть более открытыми и сообщить о своем образе жизни. Респонденты из сообщества ЛУН сообщили, что при поступлении в противотуберкулезный стационар не говорили врачу о том, что употребляют ПАВ, чтобы избежать неприязни, излишнего внимания и осуждения. Двое из них сообщили о своей зависимости врачу стационара позже, в ходе лечения, при возникновении более доверительных отношений.

### **Наркологическая помощь в стационаре**

Все респонденты из медицинских специалистов сообщили, что в стационаре есть нарколог или психиатр-нарколог или они могут его пригласить, когда возникает

---

<sup>20</sup> PM04 – респондент из представителей медицинских специалистов под номером 4.

<sup>21</sup> PM03 – респондент из представителей медицинских специалистов под номером 3.



необходимость. *«Поступает пациент, с ним сразу работает психолог. Если психолог видит, что что-то не так, то мы вызываем психиатра-нарколога. Тогда уже психиатр назначает лечение, чтобы их страсть снизить. На первое время то, что он выписывает, этого достаточно, чтобы им продержаться [от употребления] Те, которые находятся в активном употреблении, могут держаться до двух месяцев, потом им становится сложно»* (PM02<sup>22</sup>). Один медицинский специалист при этом отметил определенную бесполезность наличия нарколога в стационаре, поскольку проблема употребления все равно решена не будет: *«Когда стало много поступать потребителей наркотиков, мы сразу вызвали нарколога, чтобы понимать, как нам лучше поступать. Он сказал, что никаких мер воздействия вы не найдете. Он нам ничего не предложил. Пока они сами не прекратят [употреблять наркотики], ничто им не поможет. Если будет передозировка, мы вколем Налоксон, но это же не лечение наркомании, это экстренная помощь. Вылечить [от наркомании] мы все равно не сможем»* (PM03).

Респонденты из сообщества сообщили, что им предлагали консультацию нарколога при поступлении в стационар, однако они предпочли от нее отказаться. Причинами отказа от помощи нарколога стали следующими:

- Бесполезность этой помощи

Представители сообщества знают, что им могут пригласить нарколога, к которому можно обратиться за помощью, но наблюдается недоверие к этой помощи и ее определенная бесполезность: *«Я знал, что я мог попросить врача-нарколога, что он там есть. Но что мне это даст? Никакой помощи не будет. Ну обращаюсь я, ну дадут мне Феназепам<sup>23</sup>, и как мне это поможет?»* (PC02<sup>24</sup>).

- Желание не привлекать внимание

Один респондент сказал, что *«обращение к наркологу – это сигнал, что что-то с тобой не в порядке»* (PC01<sup>25</sup>). *«Я старался вообще не привлекать внимание, чтобы они [врачи] обо мне даже не думали, чтобы они не думали, что я употребляю и могу продолжить это делать в стационаре»* (PC02).

Об определенной «бесполезности» врача-нарколога говорят и социальные работники. Нарколог не может назначить лекарственные препараты, используемые при терапии наркотической зависимости, пациентам противотуберкулезного стационара, поскольку стационар не занимается лечением наркологической зависимости и, соответственно, у него нет лицензии на их использование, а то, что врач-нарколог может предложить из лекарственных препаратов, *«не окажет эффективной помощи пациентам со стажем употребления наркотических веществ более двадцати лет»* (PCP01<sup>26</sup>). Один социальный работник также отметил, что некоторые представители сообщества боятся ложиться в стационар из-за своей наркотической зависимости, поскольку знают, что им не смогут оказать

---

<sup>22</sup> PM02 – респондент из представителей медицинских специалистов под номером 2.

<sup>23</sup> Феназепам - лекарственное средство, обладающее транквилизирующим, противосудорожным, снотворным, миорелаксантным и седативным действием.

<sup>24</sup> PC02 – респондент из представителей сообщества под номером 2.

<sup>25</sup> PC01 – респондент из представителей сообщества под номером 1.

<sup>26</sup> PCP01 – респондент из представителей социальных работников под номером 1.

медикаментозную помощь в состоянии абстиненции: *«Они знают, что им будет плохо, они будут кумарить, а им врачи еще будут таблетки давать»* (PCP02<sup>27</sup>).

Все респонденты-представители сообщества отметили, что сами употребляли наркотические вещества, находясь в стационаре, или наблюдали употребление ПАВ другими пациентами. Респонденты из числа медицинских специалистов допускают возможность употребления в стационаре. *«Если они по-тихому употребляют и не буянят, то мы закрываем на это глаза. Главное, чтобы лечились, чтобы таблетки принимали и не причиняли вред медперсоналу и другим пациентам. Если начинают хулиганить, агрессивно себя вести, то нам приходится принимать меры. Первоначально вызываем охрану. Ну если уже совсем-совсем, мы и полицию можем вызвать, но это редко бывает. Мы тогда выписываем за нарушение режима, также делаем и при употреблении алкоголя»* (PM03).

Респонденты из сообщества говорили, что им удавалось находить возможности приобрести ПАВ, находясь на лечении в стационаре. Они покидали стационар, чтобы приобрести их. *«Я уходил из стационара, но старался потратить как можно меньше времени, так как по факту нельзя покидать [стационар]»* (PC02); *«Про меня врачи не знали [что я употребляю ПАВ]. Те, кто не может грамотно все сделать, те попадают под санкции. Мне помог выдержать пребывание в стационаре мой жизненный опыт, я мог выстроить все так, чтобы не нуждаться в веществах. Если что, то 1-2 дня я мог перетерпеть. Те, которые не знали, как это сделать, конечно не выдерживали, сами уходили»* (PC01). Также представители сообщества допускают, что возможно медицинский персонал в стационаре знает, что пациенты употребляют, но *«если они совсем закрутят гайки, то вообще ничего не будет – некого будет лечить»* (PC02).

Одной из мер воздействия на пациентов, по мнению респондентов-медицинских специалистов, остается вызов полиции, поскольку охранники, которые есть в стационаре, *«на некоторых имеют воздействие, на некоторых – нет»* (PM06<sup>28</sup>).

**Респонденты в ходе интервью отметили следующие трудности, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные ЛУН при лечении туберкулеза в стационаре:**

### **1. Побочные эффекты от принимаемых лекарственных препаратов**

Побочные эффекты от принимаемых лекарственных препаратов как один из основных барьеров при прохождении лечения в стационаре назвали как сами представители сообщества, так и медицинские специалисты. По мнению респондентов, ВИЧ-положительный статус пациента и потребление наркотических веществ влияет на развитие вторичных заболеваний, что в свою очередь может сказаться на более тяжелой переносимости противотуберкулезных препаратов и развитии побочных эффектов. *«Лекарства сильно побочные, я после них лежу в лёжку»* (PC03<sup>29</sup>). *«У меня были ужасные побочки. Тошнота, работа организма вся нарушилась. Я думаю, что еще было связано с тем, что у меня гепатит С, проблемы с печенью были»* (PC05<sup>30</sup>). Все респонденты из числа медицинских специалистов отметили, что

<sup>27</sup> PCP02 – респондент из представителей социальных работников под номером 2.

<sup>28</sup> PM06 – респондент из представителей медицинских специалистов под номером 6.

<sup>29</sup> PC03 – респондент из представителей сообщества под номером 3.

<sup>30</sup> PC05 – респондент из представителей сообщества под номером 5.

медицинский персонал всегда реагирует на побочные эффекты, которые возникают у пациентов: *«Тогда мы меняем схему или назначаем симптоматические препараты»* (PM02). Тем не менее трое из пяти респондентов из числа сообщества сообщили, что во время стационарного лечения сталкивались с тем, что жалобы на плохое состояние не были услышаны: *«У меня все тело зудело. Врачи не обращали внимание.»* (PC02). Один медицинский специалист, участвующий в интервью, отметил, что иногда у пациентов наблюдается сильное сосредоточение на болезненных ощущениях и возможно преувеличение побочного действия принимаемых лекарств; он считает, что многие жалобы на побочные эффекты отчасти являются гипертрофированными: *«Они часто выдумывают какие-то жалобы на несуществующие вещи. На самом деле в большинстве ситуаций, даже если и возникают побочные эффекты, их надо просто перетерпеть, через какое-то время они уйдут»* (PM02).

## **2. Игнорирование запросов и жалоб**

Четверо из пяти респондентов-ЛУН сообщили о том, что во время прохождения лечения ТБ в стационаре столкнулись с игнорированием врачами своих запросов. Все их запросы были связаны с желанием узнать о своем лечении более подробно, в деталях (какие медикаменты назначены, как долго их надо будет принимать, какие могут возникнуть побочные эффекты, сочетаются ли назначенные противотуберкулезные препараты с АРВ-терапией и др.), чтобы они были предупреждены об определенных сложностях, которые могут возникнуть в лечении, и нюансах. *«Я пыталась говорить с врачами, другими медицинскими сотрудниками. Но они ничего мне не говорили, ничего не рассказывали. Я настаивала на том, чтобы мне поменяли терапию, так как у меня были ужасные побочки. Врач говорил мне: «Я врач, и я буду решать, что делать»* (PC01). По мнению респондентов из сообщества, медицинский персонал не обращал внимание на их жалобы и запросы из-за их принадлежности к ключевой группе, и в данном случае речь идет о принадлежности сразу к двум КГ – ЛУН и ЛЖВ.

## **3. Дифференциация пациентов со стороны врачей**

Трое из пяти респондентов из сообщества, которые во время стационарного лечения ТБ находились в активном употреблении ПАВ, во время пребывания в стационаре заметили, что у врачей существует разное отношение к разным категориям пациентов. *«У них [врачей в стационаре] разное отношение к тем пациентам, кто работает и кто не работает. Тем, которые не работают, они особо не помогают. Тем, кто работает, то они могли тот же самый Супрастин выписать. Мы же все в процессе общались, и я знал, как у других [пациентов] лечение проходит»* (PC03). Также респонденты из числа сообщества считают, что от того, что из себя представляет пациент (является ли он представителем уязвимых слоев населения или нет), зависит, в каком стационаре он будет проходить лечение: *«Первый раз меня увезли в городской диспансер, он прямо в городе находится. Условия там хорошие. Но там такой контингент пациентов лежал – все работающие и неупотребляющие [наркотики], что им такой «хороший», как я, точно был не нужен. Они, конечно, это прямо не говорили, но это в воздухе витало. Они меня продержали около трех недель и выписали за нарушение режима.... Они предложили мне после этого отвезти на скорой в больницу, которая в области. Но я читал про эту больницу и знаю, что лучше туда не попадать. Там*

*одни бомжи, лечения нормального нет, еду нужно самим покупать. Тогда я отказался от госпитализации и ушел» (PC03).*

Возможную дифференциацию пациентов отметили и медицинские специалисты: *«Некоторые врачи сразу на человеке ставят крест. Соответственно, и отношение к лечению такого пациента будет соответствующим» (PM06).* Они сообщили, что такое отношение медицинского персонала часто связано с эмоциональным выгоранием, когда наблюдают, что пациенты прерывают лечение, покидают стационар.

#### **4. Длительность лечения**

Длительность лечения в стационаре как важный барьер, влияющий на завершение курса лечения туберкулеза, назвали все респонденты в ходе интервью.

Продолжительность лечения в стационаре зависит от формы заболевания. Самый минимальный срок нахождения в стационаре разнится в зависимости от региона, но в среднем при хорошем ответе на лечение это 2-3 месяца. Один информант-медицинский специалист сообщил, что *«мы можем отпустить на амбулаторное лечение даже через месяц, если уже прекращается бактериовыделение, но и его нужно выдержать [в стационаре]» (PM03).*

Если у пациента устойчивая форма туберкулеза или более поздняя стадия развития туберкулеза, то продолжительность лечения может достигать до двух лет. При этом, большинство пациентов среди ВИЧ-положительных ЛУН имеют лекарственно-устойчивый туберкулез, когда определенные противотуберкулезные препараты перестают быть эффективными при лечении, соответственно, лечение таких пациентов затягивается и может достигать до года и больше. Такое долгое пребывание в стационаре означает оторванность от своего образа жизни, потерю работы. С длительностью пребывания в стационаре также связано отсутствие возможности общаться с родственниками и видеть своих детей.

#### **5. Большое количество лекарственных препаратов для приема**

Наличие ВИЧ-положительного статуса и употребление АРВТ увеличивает количество принимаемых лекарственных препаратов, что дополнительно может влиять на развитие побочных эффектов. *«Количество может достигать до 15-20 таблеток в день. Это препараты для лечения туберкулеза и АРВТ. Это такая гора препаратов. Конечно, пациент может думать, что прием такого количества лекарств в сутки может неблагоприятно отразиться на здоровье» (PM01<sup>31</sup>).* Количество принимаемых лекарственных препаратов может увеличиваться при наличии других различных хронических заболеваний, которые также могут требовать симптоматического лечения.

#### **6. Отсутствие доверия к врачам и лечению**

Отсутствие доверия к врачам и назначаемому ими лечению озвучили несколько респондентов-представителей сообщества, как правило, это было связано с прошлым негативным опытом общения с медицинскими работниками, с игнорированием врачами запросов пациентов. *«Я врачей стараюсь не слушать. Я видел, как чувствуют себя люди, которые употребляют и у которых ВИЧ. У них серьезные побочки. Мне не нужны такие химические нагрузки для моего организма. Поэтому я не принимал ВИЧ-терапию [АРВТ], когда находился на лечении в стационаре» (PC03).* При этом были и те, которые полностью

---

<sup>31</sup> PM01 – респондент из представителей медицинских специалистов под номером 1.

доверяли врачам и выполняли все их предписания: *«Ты лечишься и принимаешь лекарства или не принимаешь, но тогда и не лечишься. Я себе не верю, но верю врачам. Те, кто бросает [принимать лекарственные препараты], они просто жить не хотят, вот и всё»* (РС05). На отсутствие доверия также указали и некоторые социальные работники: *«для них [пациентов-ЛУН] вообще нет авторитетов, для них врач – не авторитет. Предписания врача подвергаются жесткой критике. Они везде чувствуют подвох, что их хотят обмануть»* (РСР01). По мнению медицинских специалистов, отсутствие доверия к назначаемому лечению и лечащему врачу является для ВИЧ-положительных ЛУН одним из значимых барьеров, влияющим на завершение лечения туберкулеза. Врачи отмечают, что у некоторых пациентов наблюдается высокая мнительность в отношении назначенного лечения и возникновения осложнений, что тогда таких пациентов не интересуют объективные данные о болезни, которые основаны на результатах анализов, что они опираются только на собственные ощущения и только их ставят во главу угла.

## **7. Пессимистичные установки по отношению к собственному здоровью**

Социальные работники и медицинские специалисты отметили, что одним из барьеров завершения курса лечения туберкулеза в стационаре являются пессимистические установки ЛУН по отношению к собственному здоровью, обесценивание своего здоровья, поэтому очень важна личная коммуникация врача и пациента, установление между ними доверительных отношений.

## **8. Отсутствие финансовых средств на бытовые нужды**

Респонденты из числа медицинских специалистов и социальных работников выделили также такую сложность, с которой сталкиваются некоторые ВИЧ-положительные ЛУН, как бедность - отсутствие необходимых финансовых средств на приобретение основных необходимых вещей для длительного нахождения в стационаре (средства гигиены, одежда и пр.). Респонденты, отметившие этот аспект, считают его исключительно важным, поскольку возможность помыться, переодеться *«делает из пациента человека, достойного уважения и лечения»* как в глазах самого пациента, так и для медицинского персонала и других пациентов.

## **9. Отсутствие трудностей**

Следует отметить, что два респондента из медицинских специалистов сообщили, что не видят никаких трудностей, с которыми могут сталкиваться пациенты из числа ВИЧ-положительных ЛУН при лечении в стационаре: *«На мой взгляд, никаких трудностей у них нет. Их кормят, за ними убирают, медицинская помощь им оказывается. Я не вижу никаких сложностей. Только если есть какие-то внутренние психологические трудности, а это все из-за их тяги [к употреблению], из-за их болезни [наркомании]»* (РМ02).

**Респонденты отметили следующие трудности, с которыми сталкиваются медицинские работники при лечении ВИЧ+ ЛУН в стационаре:**

### **1. Низкая мотивация к лечению**

Представители медицинских специалистов сообщили, что у ЛУН наблюдается низкая мотивация к лечению, связанная с обесцениванием своего здоровья и отсутствием желания его

сохранить, поэтому среди них часто происходят перерывы в лечении и отрыв от лечения на ранних сроках приема препаратов и поэтому сложно выстроить с таким пациентом эффективную коммуникацию. *«Пациент и врач должны действовать в одном направлении. Врачу мало только лечить. На лечение влияет весь спектр эмоций, которые возникают у пациента во время лечения»* (PM01). Но тем не менее было отмечено, что пациенты бывают разные, есть те, которые к лечению туберкулеза относятся с пониманием и развивают приверженность. Один респондент-врач отметил, что *«в тех ограниченных условиях, которые существуют, когда человек страдает наркозависимостью, приверженности достаточно. Абсолютно непримиримых пациентов – процентов 10-15, к остальным получается найти подход»* (PM01).

Один медицинский работник, участвующий в опросе, отметил, что с низкой мотивацией к лечению помогает справиться медико-социальная служба, школа пациента и наличие психолога в стационаре. Медико-социальная служба помогает пациенту развить приверженность к лечению посредством его социализации: ее сотрудники помогают восстановить потерянные документы, предоставляют гигиенические средства, если человек поступил в стационар без них. Они помогают пациенту, испытывающему определенные трудности, *«почувствовать себя человеком»* (PM01), повысить мотивацию на лечение. Школа пациента при стационаре помогает тем, что там *«пациенту говорят, наличие ВИЧ и туберкулеза – это не необратимая ситуация, что можно вылечить туберкулез, было бы желание»* (PM01).

## **2. Скрытый отказ от приема противотуберкулезных препаратов**

Медицинские специалисты сообщили, что есть пациенты, которые могут не принимать назначаемые им противотуберкулезные препараты и не выполнять предписания. Причин для этого может быть несколько: определенная психологическая реакция пациентов, которая выражается в крайней подозрительности к назначаемым лекарствам и процедурам, желание самостоятельно снизить количество принимаемых препаратов для того, чтобы избежать развития побочных эффектов от их приема, а также было отмечено, что есть такие пациенты, которые отказом от лечения пытаются заработать себе инвалидность. По этой же причине могут не принимать антиретровирусную терапию, чтобы *«опустить свои клетки»* (PM05<sup>32</sup>). Тем не менее один респондент-медик отметил, что инвалидность может быть одной из причин, по которой пациенты сами приходят лечиться в стационар: *«Им нужно продлить инвалидность и для этого пройти переосвидетельствование. Приходят и говорят мне: «А мне инвалидность нужна». Но мне же надо их как-то мотивировать на лечение, я им говорю: «Ты лечись давай, хотя бы месяца два, потом сделаем рентген-контроль, и там посмотрим». А то если я сразу дам им инвалидность, они же сразу уйдут [из стационара]»* (PM02).

## **3. Отсутствие венозного доступа**

Медицинские специалисты отметили, что, как правило, у потребителей наркотических веществ с большим стажем наблюдается плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, а поскольку у большинства активных потребителей наблюдается отсутствие венозного доступа, то даже те лекарства, которые можно было бы дать внутривенно и тем самым снизить побочные эффекты от препаратов, не всегда получается это сделать. Внутримышечные инъекции тоже могут тяжело переноситься пациентом, и *«не получится же*

---

<sup>32</sup> PM05 – респондент из представителей медицинских специалистов под номером 5.

*постоянно на протяжении всего лечения делать только инъекции, тем более некоторые пациенты очень боятся уколов» (PM01).*

#### **4. Наличие большого спектра хронических заболеваний**

У ВИЧ-положительных пациентов с опытом употребления наркотических веществ часто встречаются другие заболевания, которые развились на фоне образа жизни и низкого иммунного статуса, в том числе гепатиты В и С. Отмечается, что таким пациентам может понадобиться принимать большее количество препаратов, а также высока вероятность тяжелых форм побочных эффектов от приема всех препаратов. Некоторые респонденты-врачи считают, что в таком случае *«при столкновении с сильными побочными эффектами у пациента возникает страх того, что даже при смене врачом принимаемых препаратов на другие будут развиваться побочные эффекты, что будет только хуже» (PM01).* И в таком случае, по мнению врачей, может помочь только квалифицированная психологическая помощь.

#### **5. Агрессивность и хамство со стороны пациентов**

Трое информантов из числа медицинских специалистов сообщили, что при оказании медицинской помощи сами сталкивались с агрессивностью и хамством со стороны пациентов ЛУН. *«Зашла в палату. Он накинулся и чуть не прибил меня. Бугай такой» (PM03).* *«Бывают и с ножами кидаются, орут и ругаются» (PM02).* В основном, агрессивность пациентов и хамство респонденты связывают с развитием у пациентов абстинентного синдрома в ситуации отказа от употребления ПАВ и отсутствия наркологической помощи.

#### **6. Нестабильный эмоциональный фон**

Медицинские специалисты и социальные работники, участвующие в исследовании, отметили, что употребление ПАВ приводит к нарушениям в эмоциональном состоянии ЛУН. Их эмоциональная неуравновешенность, вызванная приемом ПАВ, является одним из факторов, который осложняет взаимодействие с ними: *«Им [пациентам, употребляющим ПАВ] все бесконечно не нравится, и они постоянно всем недовольны. Непонятно, что им надо» (PM05).*

#### **7. Отсутствие у медицинского персонала знаний специфики и навыков общения с людьми, употребляющими наркотики**

Отсутствие знаний особенностей поведения ЛУН – одно из трудностей, с которыми сталкиваются медицинские работники. Это отметили все социальные работники и большинство врачей. Из-за долгого употребления наркотиков у ЛУН формируются определенные паттерны поведения, которые влияют на ежедневное общение. *«Им нужно повторять, постоянно мотивировать на лечение. Медперсонал не знает, как с ними общаться, как реагировать на их поведение в абстиненции» (PCP01).* *«Когда «солевые» [пациенты, употребляющие «соли»] пошли, с ними договориться сложнее, у них быстрее психика рушится, они более пугливые и с ними логически сложно говорить: ты им про одно, а они тебе про другое» (PCP02).*

## 8. Эмоциональное выгорание медицинского персонала

Эмоциональное выгорание медицинского персонала, вовлеченного в предоставление помощи при лечении туберкулеза, когда *«твои усилия не имеют эффекта»* (PM06) и *«пациент, которого так долго лечил, потом сбегает»* (PCP01). Эмоциональное выгорание как одну из проблем, с которыми сталкиваются медперсонал, отметили четыре респондента из числа медицинских специалистов и социальных работников.

### Амбулаторное лечение

В зависимости от региона, который представляли респонденты, противотуберкулезные препараты могут выдавать как участковый лечащий врач (поликлиника), так и врач в противотуберкулезном диспансере. Препараты, как правило, выдаются пациенту на 7-10 дней. Также есть возможность принимать препараты в дневном стационаре, тогда препараты принимаются при враче.

Трое респондентов из числа медицинских специалистов и социальных работников рассказали о существовании в медицинском учреждении, в котором они работают, контролируемого амбулаторного лечения туберкулеза. Они отметили, что недостаточно только выдать препараты на руки, важно убедиться, что пациент принимает их каждый день и полностью. Помимо приема лекарственных препаратов в присутствии медицинского персонала в дневном стационаре или процедурном кабинете у них существует видеоконтролируемый прием противотуберкулезных препаратов (ежедневно пациент делает видеозвонок медперсоналу по мессенджерам (Viber, WhatsApp, Skype и др.) и в прямом эфире принимает лекарства под контролем) и прием препаратов в присутствии мобильной бригады, которая приезжает к пациенту (если у пациента нет смартфона или не умеет пользоваться). Эти формы организации амбулаторного лечения предлагаются пациенту на выбор.

Никто из респондентов-представителей сообщества не имел опыта контролируемого амбулаторного лечения туберкулеза. Все респонденты приезжали в противотуберкулезный диспансер за получением лекарственных препаратов. В основном, они получали противотуберкулезные препараты на 7-10 дней, в рамках исключения – на один месяц: *«Мне полдня нужно потратить, чтобы доехать до диспансера и получить таблетки. Они предлагали мне [получить таблетки] на 10 дней, но я попросил дать мне сразу на месяц, сказал, что не смогу к ним ездить часто»* (PC02).

Медицинские специалисты, как и социальные работники отметили, что пациенты устают от лечения, пропускают прием препаратов и могут прервать лечение на какой-то срок или навсегда. Большинство респондентов-представителей сообщества сообщили, что не закончили амбулаторное лечение туберкулеза. По мнению респондентов, существуют следующие **трудности/причины, по которым люди, употребляющие наркотики, прерывают или прекращают амбулаторное лечение туберкулеза** (некоторые из них повторяют сложности, с которыми пациенты-ЛУН сталкиваются при лечении в стационаре, но есть и те, которые свойственны только амбулаторному лечению):



### **- Низкая мотивация или отсутствие мотивации к лечению**

Для ЛУН потребление наркотических веществ находится в приоритете. В состоянии химической зависимости сложно уделять внимание своему здоровью, поэтому среди них часто наблюдаются срывы в лечении, несоблюдение режима приема противотуберкулезных препаратов в связи с потерей принимаемых медикаментов, несвоевременным получением новых или забывчивостью, а также из-за потерянности во времени из-за активного употребления ПАВ, отказы от продолжения лечения. Респонденты из числа социальных работников и медицинских специалистов говорят, что таким пациентам нужен *«наставник, который будет помогать им не забывать про лечение и следовать ему»* (РСР02).

### **- Развитие побочных эффектов от приема противотуберкулезных препаратов**

В ситуации отсутствия контролируемого амбулаторного лечения и постоянной связи с лечащим врачом и возможности оперативно обсудить с ним ход лечения пациенты, как правило, при развитии побочных эффектов от принимаемых лекарственных препаратов пропускают прием или отказываются от продолжения приема противотуберкулезного лечения. *«У меня были побочки. Я задышался. Я стал пропускать, то есть день принимаю, потом два дня не принимаю. Потом опять два дня принимаю, потом четыре дня не принимаю...»* (РС02).

### **- Отсутствие финансовых средств и дальность расположения диспансера**

Эти два условия, как правило, взаимосвязаны. Несколько представителей сообщества сообщили, что за получением противотуберкулезных препаратов им приходилось ездить за город, в область. Помимо того, что в таком случае поездка в диспансер требует большого количества свободного времени, также необходимо постоянно отпрашиваться с работы, чтобы посещать диспансер, а в случае отсутствия работы нужно всегда иметь необходимую сумму денег на оплату транспорта. *«Я безработная тогда была, у меня просто не было денег, чтобы каждую неделю ездить в стационар за лекарствами. Я съездила несколько раз, потом перестала»* (РС05). *«При выписки из второго стационара мне врач сказал, что я должен прийти в диспансер по месту прописки, чтобы получать таблетки. Я прописан в области, а живу в городе. Мне день нужно было потратить, чтобы добраться. В итоге я был там два раза. Потом прекратил ездить»* (РС02).

### **- Длительность приема препаратов**

Все респонденты отметили, что при наличии определенного образа жизни, который определяет химическая зависимость, невозможно в течение долгого времени самостоятельно, в отсутствие поддержки со стороны близких, друзей, специального наставника или лечащего врача, принимать ПТП, не забывать про них и соблюдать режим приема. Самостоятельно изменить образ жизни и подстроить его под амбулаторное лечение туберкулеза и периодические поездки в диспансер становится для ЛУН непосильной задачей. *«При лекарственно устойчивом туберкулезе длительность приема противотуберкулезных препаратов может достигать до двадцати месяцев. Принимать препараты все это время при таком образе жизни, как у потребителей, сложно»* (РМ03).

- **Абстинентный синдром**, который развился из-за вынужденного прекращения употребления наркотических веществ (*«На кумарах, а еще ехать куда-то надо. Не до таблеток»* (РС03)) или **сильная интоксикация организма в связи с употреблением ПАВ**

- **Отсутствие регистрации или прикрепления к поликлинике по месту фактического пребывания при наличии временной регистрации**

Отсутствие документов, необходимых для получения амбулаторного лечения туберкулеза - важный барьер, который был озвучен социальными работниками и медицинскими специалистами. Амбулаторное лечение ТБ можно получать по месту регистрации пациента, а также по месту фактического пребывания, если есть временная регистрация и прикрепление к районной поликлинике. Многие ЛУН при низкой мотивации к лечению *«даже при наличии временной регистрации, сами не идут в местную поликлинику, чтобы прикрепиться. Поэтому после выписки из стационара они не продолжают лечение»* (РСР01).

**Медицинские специалисты отметили следующие основные трудности, с которыми они сталкиваются при оказании амбулаторного лечения ВИЧ-положительным ЛУН:**

- **Пропуски приема препаратов по причине наркотического/алкогольного опьянения**

Употребление ПАВ является приоритетом для ЛУН. Даже если есть мобильная бригада, которая выезжает на дом к пациенту, это не решает проблему частого наркотического опьянения, которое мешает контролировать прием лекарственных препаратов. *«Мобильная бригада приезжает к пациенту, родители открывают, а он [пациент] пьяный лежит, как вы в него таблетки запихнете? А ему что? Ему хорошо. Тогда мобильная бригада уезжает и приезжает на следующий день»* (РМ03).

- **Отсутствие мотивации и приверженности к лечению**

Как и было неоднократно сказано выше, среди ЛУН *«мало мотивированных на свое лечение и здоровье. Здоровье вообще у них не на первом месте»* (РСР02). Поэтому для ЛУН задача самостоятельно, в отсутствие поддержки других людей и специалистов, в течение продолжительного времени без пропусков следовать амбулаторному лечению туберкулеза является практически невыполнимой.

- **Наличие определенных стереотипов и мифов среди пациентов по отношению к противотуберкулезному лечению**

Для ВИЧ-положительных ЛУН характерны мифы об опасности противотуберкулезной терапии и ее несовместимости с ПАВ, а также представления об особой токсичности лечения в случае совместного приема противотуберкулезных препаратов с АРВ-терапией: *«Есть такие, которые могут принимать АРВТ, но не принимать противотуберкулезное лечение. Считают, что ВИЧ более опасное заболевание по сравнению с туберкулезом, что печенка у них отвалится, если принимать препараты сразу от ВИЧ и туберкулеза»* (РМ03).

## **Предлагаемые респондентами меры для решения возникающих трудностей у медицинских специалистов и представителей сообщества**

Все рекомендации для решения трудностей, с которыми сталкиваются как медицинский персонал при оказании помощи ВИЧ-положительным ЛУН, так и сами представители сообщества при получении лечения туберкулеза можно разделить на несколько направлений: 1) рекомендации для развития взаимодействия между разными структурами, вовлеченными в лечение туберкулеза в целом, 2) действия, направленные на медицинский персонал, оказывающий помощь при лечении туберкулеза в стационаре и амбулаторно, 3) действия, направленные на представителей сообщества.

### **Рекомендации для развития взаимодействия между разными структурами, вовлеченными в лечение туберкулеза в целом**

Следует отметить, что все эти рекомендации в первую очередь были предложены респондентами из числа медицинских специалистов.

- 1) Наличие наркологической службы, интегрированной во фтизиатрическую службу, для оказания медикаментозной помощи пациентам, страдающим от абстинентного синдрома;

- 2) Развитие мультидисциплинарного подхода при лечении туберкулеза

При лечении туберкулеза, по мнению респондентов, необходимо оказывать не только медицинскую помощь, направленную на лечение туберкулеза, но и предлагать поддержку для решения основных насущных проблем, с которыми столкнулся пациент, например, совместное ведение пациентов, имеющих опыт употребления наркотиков, врачом-фтизиатром, врачом-инфекционистом, врачом-наркологом, социальным работником и психологом. *«Должен быть врач-нарколог, кабинет социальной помощи, кабинет психологической помощи, врач-фтизиатр и врач-инфекционист. Пациент должен видеть, что за его жизнь борются»* (PM04).

- 3) Открытие в черте города мест получения противотуберкулезных препаратов для амбулаторного лечения

Это позволит снизить число посещений пациентом медицинского учреждения, которое может находиться за городом, и сэкономить время и деньги пациентов на дорогу.

- 4) Перевод максимального количества пациентов с наркотической зависимостью на амбулаторное лечение

*«Тогда они будут находиться в своих естественных условиях, смогут вести свой привычный образ жизни, а принимать противотуберкулезные препараты они смогут по видеоконтролю или во время патронажа мобильной бригады на дому»* (PCP03<sup>33</sup>).

- 5) Снижение длительности приема противотуберкулезных препаратов амбулаторно при туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью

---

<sup>33</sup> PCP03 – респондент из представителей социальных работников под номером 3.

*«У нас сейчас идет исследование по эффективности короткого курса лечения при лекарственно устойчивом туберкулезе. Короткий курс в данном случае – это девять месяцев. Есть же разница принимать таблетки девять месяцев и двадцать?» (PM03).*

**Действия, направленные на медицинский персонал, вовлеченный в оказание медицинской помощи в стационаре и амбулаторно:**

- 1) Смена патерналистской модели поведения врачей на информационную и совещательную

*«Нужно уметь выслушать пациента, рассказать о лечении, объяснить и, если надо, повторить. Врач должен быть другом, иногда даже мамой и психологом» (PM06).*

- 2) Обучение медицинского персонала специфике общения с пациентами, имеющими опыт употребления наркотиков

Поскольку употребление наркотических веществ вызывает необратимые последствия в психике человека, ЛУН становятся раздражительными, «дерганными», вспыльчивыми, особенно недоверчивыми. *«Это нужно хорошо понимать. Также важно понимать, как выстраивать свое общение с такими пациентами, на что обратить внимание, что нужно несколько раз им все повторять, придется даже нянчиться с ними» (PCP01).* *«Некоторые врачи не знают, что делать, если у пациентов психозы и галлюцинации из-за приема наркотиков» (PCP03); «Нас [медицинский персонал] надо психологически подготовить к возможным перепадам настроения у таких пациентов» (PM04).*

- 3) Повышение общего уровня толерантности медицинского персонала через общение с представителями сообщества

Респондентами было отмечено, что для общения с врачами необходимо приглашать представителей сообщества ЛУН с открытыми лицами. Это повысит общий уровень толерантности медицинского персонала к ВИЧ-положительным людям, употребляющим наркотики. *«Менялось отношение у врачей, когда приходили активисты с открытыми лицами и рассказывали про свой опыт зависимости» (PCP03).*

**Действия, направленные на представителей сообщества, имеющих опыт употребления наркотиков:**

- 1) Предоставление профессиональной психологической помощи

Некоторые медицинские специалисты отметили, что, как правило, в стационаре формально присутствует психологическая служба, но качество оказания психологических консультаций и объем помощи низкие, в том числе и из-за того, что *«пациенты не хотят ходить к психологу. Сама идея обращения к психологу непопулярна» (PM06).* Поэтому очень важна и необходима качественная профессиональная психологическая помощь, направленная на принятие болезни, мотивацию лечения и развитие приверженности к лечению.

- 2) Повышение осведомленности представителей сообщества о необходимости лечения туберкулеза через положительный личный опыт прохождения лечения

Медицинские специалисты и социальные работники сообщили о важности обучения сообщества ЛУН и предоставления им достоверной информации, касающейся заболевания и его лечения. *«Среди пациентов существуют мифы о лечении, об ужасных побочных эффектах, которые возникают, о не сочетаемости употребления наркотиков, противотуберкулезных препаратов и АРВТ. Эти установки надо менять. Будет правильно, если о своем положительном опыте будут рассказывать сами ЛУН»* (РСР02).

## **Выводы**

Следует отметить, что видение большинства трудностей, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные ЛУН при получении противотуберкулезного лечения, одинаковое как со стороны самих представителей сообщества, так и со стороны медицинских специалистов. Это длительность лечения и нахождения в стационаре, необходимость принимать большое количество препаратов (АРТ и противотуберкулезная терапия), побочные эффекты, которые возникают у таких пациентов при прохождении лечения, отсутствие доверия к врачам и назначаемому ими лечению и дискриминация врачами пациентов, имеющих опыт употребления ПАВ. Также наблюдается схожесть барьеров, влияющих на завершение курса противотуберкулезного лечения ВИЧ-положительными ЛУН в стационаре и амбулаторно.

Однако, вызывает настороженность тот факт, что среди респондентов-медицинских специалистов есть те, которые считают, что пациенты ЛУН никак не отличаются от других пациентов и при лечении туберкулеза, в частности стационарно, они не сталкиваются не с какими трудностями, помимо тех, которые вызывает зависимость от наркотических веществ. Такой подход, в свою очередь, может привести к возникновению стигматизации и дискриминации пациентов по признаку наркопотребления и отказу устанавливать с ними доверительные отношения, в том числе игнорирование дополнительных запросов со стороны пациента, отказ предоставлять ему информацию по лечению. Это, в свою очередь, может являться одной из причин возникновения у пациентов отсутствия доверия к врачам и предоставляемому ими лечению, а также к скрытому отказу от приема противотуберкулезных препаратов.

Наиболее важным барьером при оказании качественной медицинской помощи при лечении туберкулеза является отсутствие у медицинского персонала знаний специфики и навыков общения с людьми, употребляющими наркотики. Отсутствие понимания паттернов поведения людей, имеющих продолжительный опыт употребления наркотических веществ, особенно в ситуации отсутствия наркологической медикаментозной помощи в противотуберкулезном стационаре, ведет к возникновению у медицинского персонала определенных сложностей при оказании медицинской помощи таким пациентам и неумении эффективно с ними справляться, а именно непонимание природы эмоциональной лабильности таких пациентов и высокого уровня их недоверия, незнание алгоритма действий при психозах и галлюцинациях у пациентов-ЛУН, отсутствие знаний построения эффективной коммуникации с ними. Другим важным барьером является отсутствие профессиональной психологической помощи пациентам, направленной на развитие мотивации и приверженности лечению, которая является обязательной для всех пациентов как при лечении в стационаре, так и при амбулаторном лечении.

## ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

Гипотезы, поставленные перед проведением исследования, подтвердились или подтвердились частично. Подтвердилось предположение о том, что медицинские специалисты, оказывающие помощь при лечении туберкулеза ВИЧ-положительным ЛУН, сталкиваются с трудностями, связанными с удержанием пациента на лечении и отсутствием приверженности к лечению, при отсутствии в противотуберкулезном диспансере/больнице доступной качественной наркологической помощи. Медицинские работники во время интервью отметили ряд сложностей, связанных с удержанием пациента ЛУН на лечении. Частично подтвердилась гипотеза, что люди с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ и употребляющие психоактивные вещества из-за своей наркотической зависимости не всегда имеют возможность получить противотуберкулезное лечение и довести назначенный курс лечения до конца. Как правило, с возможностью самого получения противотуберкулезного лечения трудностей у представителей сообщества не возникает, сложности возникают с доведением данного лечения до конца в ситуации отсутствия наркологической медикаментозной помощи.

Проведенное исследование позволило классифицировать основные проблемы и трудности, с которыми сталкиваются как ВИЧ-положительные ЛУН при получении лечения туберкулеза, так и медицинский персонал, вовлеченный в оказание медицинской помощи при туберкулезе. Эти трудности создают барьеры для предоставления качественной медицинской помощи и прохождения ВИЧ-положительными ЛУН лечения туберкулеза до конца.

**Основные барьеры можно классифицировать следующим образом** (см. Таблицу 4):

### *1) Индивидуальные барьеры*

Индивидуальные барьеры имеют как представители сообщества, так и медицинский персонал.

**Для представителей сообщества важным барьером** является само наличие зависимости от употребления ПАВ, которое мешает соблюдению приверженности лечению. Также барьерами являются высокий уровень недоверия со стороны ЛУН медицинским работникам и предоставляемому ими лечению, что связано как с психоэмоциональными особенностями потребителей ПАВ, так и иногда с отношением медицинского персонала, которые способствуют увеличению этого недоверия. Кроме того, это пессимистичные установки ЛУН по отношению к собственному здоровью, которые были отмечены как самими представителями сообщества, так и медицинскими специалистами, и отсутствие поддержки близких и друзей во время длительного прохождения противотуберкулезного лечения как в стационаре, так и амбулаторно. Для многих социальная поддержка является необходимым условием для возможного завершения лечения туберкулеза до конца, особенно при стационарном лечении, когда человек оказывается оторванным от своего окружения и условий жизни на долгий период времени. Социальное сопровождение и наличие психосоциальной службы при стационаре и в амбулаторных отделениях, может компенсировать эту потребность. Исследование также показало относительно низкий уровень

информированности представителей сообщества об основных важных моментах лечения туберкулеза. Всестороннее информирование о туберкулезе и его лечении необходимо для создания условий, препятствующих возникновению мифов и способствующих пониманию и принятию пациентами необходимости длительного лечения.

**Важными индивидуальными барьерами для медицинских работников** является отсутствие знаний специфики и навыков общения с ЛУН, что включает в себя непонимание природы эмоциональной лабильности пациентов с опытом длительного употребления ПАВ и недоверия этих пациентов к медицинскому персоналу в целом, незнание алгоритма поведения и оказания помощи при возникновении у пациентов наркотических психозов и галлюцинаций, неумение построить с ними эффективный диалог, направленный на взаимодействие при лечении, и нежелание понимать трудности пациента, которые у него возникают при лечении. Обучение медперсонала, направленное на ликвидацию этих пробелов в знаниях позволит врачам «действовать в одном направлении» с пациентами. Также необходимо отметить такие сложности и специфику оказания медицинской помощи пациентам, имеющим длительный опыт употребления инъекционных наркотиков, как отсутствие венозного доступа и частота возникновения побочных эффектов во время противотуберкулезного лечения при наличии сопутствующих хронических заболеваний. Отдельно необходимо выделить эмоциональное выгорание медицинского персонала, которое связано как с физическим утомлением, возникающим в результате хронического стресса на работе при оказании помощи «тяжелым» пациентам, так и с частым столкновением с ситуациями, когда пациенты прерывают лечение.

### *2) Структурные и социокультурные барьеры*

Социокультурные барьеры связаны с существующими среди медицинского сообщества определенными установками по отношению к пациентам, имеющим опыт употребления ПАВ. Это может проявляться дискриминацией пациентов-ЛУН при оказании им медицинской помощи (в том числе игнорирование запросов с их стороны), и деятельностью медицинских работников, содействующей стигме (размещение ЛУН в отдельных палатах или в стационарах для особо неблагоприятного контингента (бездомные, ЛУН, люди, злоупотребляющие алкоголем)). Пациенты-ЛУН также сталкиваются с такими структурными барьерами, как сложности в получении амбулаторного противотуберкулезного лечения при отсутствии необходимых документов (прописка или временная регистрация, прикрепление к медицинскому учреждению по месту регистрации и др.) и отсутствием финансовых средств на приобретение необходимых средств гигиены при лечении в стационаре и проезд до противотуберкулезного диспансера за получением противотуберкулезной терапии. Медицинские специалисты сталкиваются с такими социокультурными барьерами, как низкий уровень доверия к врачам и лечению со стороны пациента, а так же неуважительное, и порой агрессивное поведение пациента по отношению к медработникам.

### *3) Барьеры, связанные с предоставлением лечения*

Наиболее важные барьеры, связанные с предоставлением лечения, проявляются отсутствием наркологической службы, интегрированной во фтизиатрическую службу, для оказания медикаментозной помощи пациентам, страдающим от абстинентного синдрома; крайне низким уровнем распространения контролируемого амбулаторного лечения ТБ (видеоконтроль и/или мобильные бригады); необходимостью длительного лечения

туберкулеза в стационарных условиях и отсутствием в стационаре и, что важно, в амбулаторных отделениях качественной психологической помощи, направленной на повышение мотивации и приверженности к лечению и являющейся обязательной для всех пациентов и лечению депрессии, если она была диагностирована у пациента.

Таблица 4. Классификация барьеров, препятствующих оказанию качественного лечения туберкулеза ВИЧ-положительным ЛУН, с которыми сталкиваются медицинский персонал и представители сообщества

| Медицинские работники   | Представители сообщества (ВИЧ+ ЛУН)   |
|---|---|
| <b>Индивидуальные барьеры</b>   |   |
| Отсутствие знаний специфики и навыков общения с ЛУН, включая в ситуациях отсутствия мотивации к лечению и обесценивания своего здоровья пациентом                   | Употребление ПАВ, препятствующее приверженности лечению   |
| Недостаточность знаний по специфике оказания медицинской помощи ЛУН (наличие большого количества хронических заболеваний и отсутствие венозного доступа у пациента) | Низкое доверие к медицинскому персоналу и назначаемому им лечению   |
| Эмоциональное выгорание   | Пессимистичные установки по отношению к собственному здоровью и отсутствие мотивации к лечению  |
|   | Отсутствие поддержки близких и друзей во время длительного прохождения противотуберкулезного лечения как в стационаре, так и амбулаторно                |
|   | Недостаточные знания о лечении туберкулеза  |
| <b>Структурные и социокультурные барьеры</b>  |   |
| Наличие негативных установок по отношению к пациентам, имеющим опыт употребления ПАВ  | Стигматизация и дискриминация со стороны медицинского персонала по признаку наркопотребления (дифференциация пациентов, игнорирование запросов и жалоб) |
| Реакции агрессии со стороны пациентов   | Отсутствие документов (прописка/ временная регистрация, ОМС и др.) для продолжения лечения туберкулеза амбулаторно                                      |
| Низкое доверие к врачам и лечению со стороны пациентов (скрытый отказ от приема ПТП)  | Бедность (отсутствие финансовых средств на покупку средств гигиены и еды, на проезд до диспансера)  |
|   | Наличие определенных стереотипов и мифов среди ЛУН по отношению к противотуберкулезному лечению, его сочетанию с ПАВ и АРТ                              |
| <b>Барьеры, связанные с предоставлением лечения</b>   |   |
| Отсутствие наркологической службы, интегрированной во фтизиатрическую службу, для оказания медикаментозной помощи пациентам, страдающим от абстинентного синдрома   |   |
| Акцент на длительное лечение в стационаре   |   |
| Большое количество лекарственных препаратов для приема, особенно при совмещении с АРТ   |   |
| Побочные эффекты от принимаемых противотуберкулезных препаратов   |   |
| Нераспространенность контролируемого лечения (видеоконтроль и мобильные бригады)  |   |
| Отсутствие в стационаре и амбулаторном отделении качественной психологической помощи, направленной на повышение мотивации и приверженности к лечению пациентов      |   |
| Патерналистская модель поведения врачей (недостаточное количество или отсутствие понятных объяснений по ходу лечения, игнорирование запросов и жалоб и пр.)         |   |



## РЕКОМЕНДАЦИИ

### для повышения качества медицинской помощи и социальной поддержки ВИЧ-положительным людям, употребляющим ПАВ, при лечении туберкулеза

Рекомендации по преодолению барьеров, выявленных при лечении туберкулеза у ВИЧ-положительных наркопотребителей, предложенные респондентами при проведении глубинных интервью, очень важны и отражают существенную часть необходимых мероприятий и действий, которые могут способствовать повышению качества медицинской и социальной помощи, что в свою очередь приведет к большей эффективности лечения и, как следствие, к выздоровлению.

В заключительной части нашего исследования мы предлагаем рекомендации, направленные на взаимодействие заинтересованных сторон и на устранение барьеров индивидуального уровня медицинских специалистов и пациентов. Важно отметить, что данные рекомендации не носят характер изменений или корректировки медицинских протоколов или структур здравоохранения. Они направлены на усиление существующих алгоритмов предоставления медицинской и социальной помощи, в том числе имеющих примеры успешного опыта в регионах РФ.

#### Рекомендации, направленные на взаимодействие заинтересованных сторон:

- 1) Развитие наркологической службы, интегрированной во фтизиатрическую службу, для оказания медикаментозной помощи пациентам, страдающим от абстинентного синдрома;
- 2) Развитие мультидисциплинарного подхода при лечении туберкулеза (врач-фтизиатр, врач-инфекционист, врач-нарколог, социальный работник и психолог).  
*Основная задача, решаемая с использованием мультидисциплинарного подхода - оказывать не только медицинскую помощь, но и предлагать поддержку для решения основных насущных проблем, с которыми столкнулся пациент. Это будет способствовать повышению мотивации и приверженности к лечению;*
- 3) Наличие в мультидисциплинарной команде специалиста, помогающего с подготовкой или восстановлением документов (прописка, медицинский полис и пр.), имеющего возможность решать материальные вопросы без предоставления прямого финансирования пациенту (оплата проезда, выдача средств личной гигиены, продуктов питания и др.).  
*Это может быть специалист по социальному сопровождению (кейс-менеджер). В большинстве случаев подобный вид услуги для пациента предоставляется ВИЧ-сервисной НКО.*
- 4) Развитие контролируемого амбулаторного лечения ТБ (видеоконтроль и/или мобильные бригады);
- 5) Открытие в черте города мест получения противотуберкулезных препаратов для амбулаторного лечения;

- 6) Перевод пациентов с наркотической зависимостью на амбулаторное лечение.
- 7) Развитие «школы пациента» для ВИЧ+ наркопотребителей, проходящих лечение от туберкулеза; предоставление «равного» консультирования, предоставление социального сопровождения при необходимости.

*Организация «школы пациента» и «равного» консультирования может быть предоставлена на базе медицинских учреждений, проходить с привлечением ВИЧ-сервисных НКО и представителей сообщества, прошедших подготовку и специальное обучение.*

**Рекомендации по устранению индивидуальных барьеров для медицинского персонала:**

- 1) Смена патерналистской модели поведения врачей на информационную и совещательную;
- 2) Повышение общего уровня толерантности медицинского персонала через общение с представителями сообщества.

*При необходимости – вовлечение социального работника в коммуникацию врача и пациента для лучшего понимания при назначении лечения и при последующем контроле заболевания;*

- 3) Обучение медицинского персонала специфике общения с пациентами, имеющими опыт употребления наркотиков.

*Это может быть задача как для НКО, имеющих большой опыт работы с ключевыми группами, уязвимыми к ВИЧ, так и для врачей-наркологов – предоставить информацию и обучение (брошюры, буклеты, тренинги и др.) по специфике работы с наркопотребителями с учетом паттернов поведения;*

- 4) Обучение медицинских специалистов вопросам, связанным с сочетанным заболеванием ВИЧ/ТБ/наркомания, спецификой назначения препаратов, их взаимодействия;

- 5) Организация профилактики синдрома эмоционального выгорания для медицинского персонала, работающего с ЛУН.

**Рекомендации по устранению индивидуальных барьеров для людей, употребляющих ПАВ:**

- 1) Повышение осведомленности представителей сообщества о необходимости лечения туберкулеза.

*Роль НКО – подготовить и распространить материал (буклеты и другие материалы) для информирования представителей сообщества о возможности, необходимости и методах лечения туберкулеза у людей, употребляющих ПАВ;*

- 2) Повышение осведомленности представителей сообщества о возможности качественного лечения и выздоровления через личный положительный опыт ЛУН. Роль НКО – подготовить мотивационный материал (информационные буклеты, короткие видео и другие материалы) с личными историями ВИЧ+ ЛУН об успешном прохождении и завершении лечения туберкулеза.

- 3) Повышение мотивации представителей сообщества для прохождения и завершения лечения. В том числе через повышение уровня уважения и доверия к медицинским специалистам и принятие ответственности за свое здоровье.

*Роль как ВИЧ-сервисных НКО, так и социальных работников - сотрудников медицинских учреждений – помочь представителям сообщества обрести внутреннюю мотивацию и получить необходимые коммуникативные навыки для взаимодействия с врачами.*

- 4) Организация возможности личного общения с близкими, семьей, друзьями (дистанционного, если форма туберкулеза не предполагает возможности личного контакта) для повышения мотивации на прохождение и завершение лечения.