



Исследование
по оценке доступа людей, употребляющих
наркотики, к эффективному лечению туберкулеза

Санкт-Петербург

2023 год

Авторский коллектив:

Чернышёва Наталья Сергеевна – социолог, проверка массива данных, статистические расчеты, подготовка текста отчета, chernyshyova.natalia@gmail.com

Теплинская Ирина Николаевна – координатор исследования, координатор деятельности Форума ЛУН в рамках национального проекта «КАСКАД», irinateplinskaya@gmail.com

Источники финансирования

Проект «КАСКАД»

Выражение признательности

Авторы отчета выражают благодарность коллегам и экспертам за оказанную помощь, консультации и обсуждения в ходе исследования. Отдельные слова признательности за идеи, подготовку предложений, обсуждения и редакцию текста отчета выражаем социологу БФ «Гуманитарное действие» Любове Вениаминовне Ежовой. Особую благодарность за помощь с проведением онлайн опроса хочется выразить сотрудникам и волонтерам Фонда содействия профилактике, лечению и здоровому образу жизни населения «СПИД Фонд Восток-Запад» (г. Москва), АНО социальной поддержки населения "Проект Апрель" (г. Тольятти, по решению Минюста является иностранным агентом), БФ "Источник надежды" (г. Челябинск), АНО «Реабилитационный центр социально-психологической помощи химически зависимым Натальи Устюжаниной "Поколение" (г. Тюмень), инициативной группе «Сопричастность» (г. Калининград), АНО социальной поддержки населения "Рагнета", (г. Неман, Калининградская область), АНО "С.О.В.А." (г. Орёл), Свердловской региональной благотворительной общественной организации "Малахит" (г. Екатеринбург), БФ «Гуманитарное действие» (г. Санкт-Петербург), Фонда содействию защите здоровья и социальной справедливости имени Андрея Рылькова (г. Москва, по решению Минюста является иностранным агентом), а также активистам из городов Набережные Челны, Омск, Нижний Тагил, Пермь, Иркутск, Ставрополь, Севастополь, Волгодонск.

Краткое изложение исследовательского проекта

В рамках проекта «КАСКАД» предусмотрено проведение социологического исследования по изучению доступа к лечению туберкулеза у людей, употребляющих наркотики (далее – ЛУН). Особое внимание будет уделено изучению портрета наркопотребителей с дезинтеграцией по полу, возрасту и давности выявления туберкулеза. Знание социально-демографических черт ЛУН, болеющих туберкулезом, динамики изменений практик употребления наркотиков до и во время госпитализации в туберкулезный стационар, а также связь результативности лечения с возможностью сохранить потребление наркотиков для преодоления абстинентного синдрома позволит лучше понимать сложности лечения туберкулеза для данной ключевой группы населения.

Важно отметить, что данное исследование проводилось силами сообщества наркопотребителей, т.е. полевые работы проведены сотрудниками и волонтерами общественных организаций, работающих в сфере оказания профилактических и социальных услуг для ЛУН, объединенных в Форум ЛУН, а респондентами являлись сами ЛУН. В связи с этим мы не можем давать рекомендации медицинским учреждениям по его результатам. Главная цель данной работы – показать на примерах конкретных людей, насколько отсутствие наркологической помощи в ТБ влияет на результаты лечения и насколько уязвимым является сообщество ЛУН, болеющих туберкулезом. Выявление этих проблем, описание наиболее стигматизированных групп внутри сообщества, акцентирование внимания на том, что употребление наркотиков и стигматизация данных практик при отсутствии достаточной медикаментозной поддержки наркозависимых возводит дополнительные барьеры для лечения туберкулеза – вот основные задачи нашего исследования. Названные в тексте отчета проблемы описаны словами пациентов, но это не значит, что они должны быть проигнорированы в силу отсутствия медицинской экспертизы. Deskриптивная статистика показывает, что многие из этих проблем формируют тренды, лежащие в основе трудностей лечения туберкулеза у ЛУН. Надеемся, представленные данные позволят лучше понять сообщество и снизить число незавершенных стационарных и амбулаторных лечений туберкулеза.

Дисклеймер:

Отчет подготовлен в рамках реализации мероприятий, предусмотренных проектом «КАСКАД». Санкт-Петербургский Благотворительный фонд «Гуманитарное действие» 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. БФ «Гуманитарное действие» не гарантирует стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами, а также может не разделять мнения третьих сторон, цитируемых в отчете.

Документ может подвергаться обновлениям. СПб БФ «Гуманитарное действие» оставляет за собой право не объявлять публично обо всех изменениях, вносимых в отчет.

Список аббревиатур

АРВ препараты	Антиретровирусные препараты
АНО	Автономная некоммерческая организация
АРВ-терапия или АРТ	Антиретровирусная терапия
БФ	Благотворительный фонд
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
МЛС	Люди, освободившиеся из мест лишения свободы
ПАВ	Психоактивные вещества
ТБ	Туберкулез
ПТД	Противотуберкулезный диспансер

РЕФЕРАТ

Отчет состоит из 86 страниц, содержит 50 рисунков, 2 таблицы, 19 источников.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ДОСТУПА ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, К ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА.

Ключевые слова: ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ЛУН, КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Отчет представляет результаты оригинального исследования, проведенного специалистами проекта «КАСКАД» среди ЛУН, имеющих опыт лечения ТБ (амбулаторно и стационарно).

Анализ исследования проведен на оригинальной базе данных, собранной активистами форума ЛУН в 16 регионах РФ в срок с августа по ноябрь 2022, выборочный массив базы данных составляет 212 полных анкет. Полученные данные проанализированы дескриптивным методом и отражены в графиках, таблицах и основных выводах исследования.

Оглавление

Введение	7
Раздел 1. Дескриптивный анализ социально-демографических характеристик участников опроса	12
1.1 Семейное положение	12
1.2 Источники дохода	13
1.3 География исследования	15
Раздел 2. Сведения о ВИЧ-статусе участников опроса	16
Раздел 3. Сведения ВИЧ-положительных участников исследования о химиопрофилактике лечения туберкулеза	18
3.1 Возраст респондентов, опыт наркопотребления, время постановки диагноза и факт приема химиопрофилактики лечения туберкулеза	18
3.2 Причины назначения или отказа ВИЧ-положительных ЛУН от химиопрофилактики лечения туберкулеза	20
Раздел 4. Сведения об особенностях туберкулеза среди участников исследования	25
4.1 Формы туберкулеза и способы их обнаружения	26
4.2 Давность постановки диагноза туберкулеза и способы его обнаружения	29
4.3 Наличие туберкулеза у респондентов на момент участия в опросе	32
Раздел 5. Портрет наркопотребителя, болеющего туберкулезом	34
5.1 Способы употребления наркотиков и динамика их изменения во время лечения туберкулеза	34
5.2 Типы наркотических веществ и их употребление до и во время лечения туберкулеза .	37
5.3 Частота употребления наркотиков до и во время лечения	40
Раздел 6. Стационарное и амбулаторное лечение туберкулеза	48
6.1 Частота и длительность госпитализаций в стационар	49
6.2 Частота нарушений протоколов лечения в туберкулезном стационаре	51
6.3 Основные трудности лечения туберкулеза в стационаре	53
6.4 Амбулаторное лечение туберкулеза	57
6.5 Частота нарушений при амбулаторном лечении туберкулеза	59
6.6 Основные трудности амбулаторного лечения туберкулеза	61
6.7 Причины успешного и неуспешного завершения стационарного лечения туберкулеза	65
6.8 Причины успешного и неуспешного завершения амбулаторного лечения туберкулеза	68
Раздел 7. Случаи дискриминации ЛУН во время лечения туберкулеза и мнение сообщества об излечимости данной болезни	72
Заключение и предложения	79

Введение

Актуальность исследования

Последние российские исследования показывают, что на фоне снижения заболеваемости туберкулёзом и смертности от него, клиническая картина заболевания в 2020-2021 годах ухудшилась по сравнению с показателями предыдущих лет: кроме увеличения частоты легочной деструкции и развития фиброзно-каверзной формы ТБ легких, врачи отмечают недостаточный уровень выявления больных ТБ, что приводит к росту одногодичной летальности и рискам заражения населения¹. Туберкулез является главной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ, и, несмотря на развившиеся за последнее десятилетие способы диагностики и лечения ТБ, смертность от данного заболевания среди ЛЖВ в 2020 году выросла в сравнении с показателями 2006 года². Доказанное наличие связи между повышением иммунодефицита и диагностикой ТБ³, а также факт большего числа рецидивов ТБ в более тяжелых клинических формах у ЛЖВ⁴ отягощается числом отказов ЛЖВ от АРТ или химиотерапии ТБ при необходимости сочетания лечений коинфекций, а также высокой долей самовольного прекращения лечения в ПТД⁵. При этом в связи с болезнью, длительной нетрудоспособностью и гибелью людей, болеющих ТБ, государство несет большое экономическое бремя, что подчеркивает значимость разработки эффективных механизмов лечения хронических инфекционных заболеваний для государства⁶.

¹ Васильева И.А., Тестов В.В., Стерликов С.А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в годы пандемии COVID-19 – 2020-2021 гг. // Туберкулез и болезни легких. 2022. Т. 100. №3. С. 6-12. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-3-6-12>

² ЮНЭЙДС. Заболеваемость туберкулезом и смертность от него среди людей, живущих с ВИЧ, снизились, но из-за пандемии COVID-19 произошел некоторый откат (22.03.2020). URL: <https://www.unaids.org/ru/keywords/tuberculosis-tb>

³ 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. Vol. 9 No. 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-46>

⁴ Зоркальцева Е.Ю., Егорова Ю.О. Клинические проявления рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. 2020. Т. 98. №6. С. 32-35. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-6-32-35>

⁵ Кузьмина Н.В. Характеристика пациентов специализированного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. 2018. Т. 96. №8. С. 37-41. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2018-96-8-37-41>

⁶ Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году». Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022. URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/594/sqywwl4tg5arqff6xv15dss0l7vvuank/Gosudarstvennyy-doklad.-O-sostoyanii-sanitarno_epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-v-Rossiyskoy-Federatsii-v-2021-godu.pdf

Одной из ключевых групп населения, подверженных высоким рискам заболевания ТБ и ВИЧ-инфицирования, являются люди, употребляющие наркотики. Проблема доступа к стерильным инъекционным средствам, высокий уровень криминализации, приводящей ЛУН в МЛС, где число ЛЖВ составляет 10-25% от общей численности населения МЛС⁷, дискриминация ЛУН, ограничивающая их в доступе к получению медицинских услуг – все это увеличивает риски заболевания для значительной группы населения России⁸. Нехватка интегрированных медико-санитарных услуг по оказанию помощи при туберкулезе, ВИЧ и наркозависимости в одном месте, выявленная исследователями некоммерческих организаций за последние 7-10 лет⁹, оказывает сильное влияние на масштабы кризиса в затронутых туберкулезом сообществах ЛУН. В отношении ВИЧ-инфекции было установлено, что криминализация мешает ЛУН обращаться за спасительной помощью. Противотуберкулезные меры также связаны с различными барьерами в комплексном лечении, которые, наряду с криминализацией, препятствуют успешному лечению ЛУН¹⁰. Кроме того, особенности лечения туберкулеза, предусматривающие длительную изоляцию и содержание больного в ПТД, где нет доступа к наркологической помощи, увеличивает число нарушений предписаний лечения, а амбулаторное лечение ТБ без контролируемого наблюдения со стороны медицинских специалистов приводит к самовольному прекращению лечения¹¹.

Большинство участников Форума ЛУН, проводивших исследование, оказывают профилактические и социальные услуги наркопотребителям, имеющим диагнозы ВИЧ и туберкулез, многие сами имеют опыт лечения туберкулеза на фоне лечения ВИЧ и наркозависимости. Участники и организаторы исследования из первоисточников знают все проблемы, с которыми сталкиваются люди, употребляющие наркотики, в период лечения туберкулеза, потому что основную часть в решении этих проблем берут на себя

⁷ РБК. Данные ФСИН выявили регионы с более чем 20% больных ВИЧ среди заключенных. (24.09.2021) URL: <https://www.rbc.ru/society/24/09/2021/614c69869a794750745e840b>

⁸ Региональная платформа ВЕЦА. Руководство по работе с ключевыми и уязвимыми группами в рамках борьбы против туберкулеза, разработанные «Stop TB Partnership». 2016. URL: <https://eecaplatform.org/gaydyi-ro-rabote-s-klyuchevyimi-grupkami/>

⁹ 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>

¹⁰ Гуманитарное действие. 2022. Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск).

¹¹ 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>

общественные организации и близкое окружение таких пациентов. Именно НКО и БФ становятся значимыми местами получения поддержки и анонимной помощи у ЛУН (56%) по исследованиям Ассоциации Е.В.А.¹² Тем не менее, улучшение системы медицинской помощи для ЛУН при лечении ТБ смогло бы дать гораздо более значимый эффект борьбы с этим заболеванием. Наш отчет призван продемонстрировать востребованность улучшения условий для эффективного лечения ТБ у ЛУН, что будет способствовать выявлению заболевания на ранних этапах, увеличению приверженности лечению и снижению смертности от ТБ.

Целью данного исследования является оценка условий, способствующих эффективному лечению туберкулеза у ЛУН. Под эффективным лечением в данном исследовании понимается полное прохождение назначенных протоколов лечения туберкулеза.

Для достижения поставленной цели решаются следующие **задачи**:

1. Описать портрет наркопотребителя, проходящего лечение туберкулеза, с половозрастной дезинтеграцией;
2. Выявить группы наркопотребителей, имеющих позитивный и негативный исход лечения туберкулеза;
3. Выделить основные барьеры амбулаторного и стационарного лечения туберкулеза;
4. Проанализировать причины успешных и неуспешных случаев лечения туберкулеза.

Данное исследование основано на результатах мониторинга доступа ЛУН к лечению туберкулеза, проведенного с середины августа по конец ноября 2022 года в 16 регионах России. **Ключевым методом** мониторинга являлся онлайн-опрос. Для опроса была разработана анкета, направленная на выявление доступа ЛУН к лечению туберкулеза, включая доступ к каскаду лечения ВИЧ-инфекции, химиопрофилактике лечения туберкулеза, оценку наркологической помощи, измерение эффективности амбулаторного и стационарного этапов лечения туберкулеза. Также были собраны данные о случаях нарушений предписаний лечения туберкулеза как со стороны пациентов (пропуск приема препаратов, прерывание лечения, прием наркотиков), так и со стороны медицинского персонала (случаи дискриминации). При анализе полученных материалов учитывались

¹² Форум «Е.В.А. Равные равным». Презентация Н. Сидоренко «Развитие новых подходов в программах профилактики среди людей, употребляющих наркотики» (март, 2020). URL: <https://evanetwork.ru/wp-content/uploads/2020/04/Pochemu-vazhno-razvivat-novye-podhody-v-programmah-profilaktiki.pdf>

социально-демографические характеристики респондентов, что позволило выявить наиболее уязвимые группы ЛУН при лечении туберкулеза.

Анкета была разработана партнерами из Фонда содействия профилактике, лечению и здоровому образу жизни населения «СПИД Фонд Восток-Запад» (г. Москва) при участии экспертов из ключевых групп и консультантов из числа ведущих врачей-фтизиатров. Вопросы задавались как в закрытой, так и в открытой форме, что позволило проследить не только общие тренды доступа к эффективному лечению туберкулеза у ЛУН, но и выявить субъективные мнения участников опроса. Анкета нацелена на представителей сообщества ЛУН, имеющих опыт получения медицинской помощи при лечении туберкулеза.

Итоговая анкета состоит из 52 вопросов. Основные **блоки анкеты**:

- 1) Социально-демографические характеристики участников опроса – 5 вопросов;
- 2) Опыт наркопотребления участников опроса (в том числе изменение практик наркопотребления во время лечения туберкулеза) – 5 вопросов;
- 3) Сведения о ВИЧ-статусе респондентов и доступе к каскаду лечения ВИЧ-инфекции и профилактики туберкулеза – 9 вопросов;
- 4) Сведения о диагнозе туберкулеза участников исследования (в том числе способы диагностики заболевания) – 6 вопросов;
- 5) Опыт амбулаторного и стационарного лечения туберкулеза участников опроса (в том числе частота нарушений предписаний лечения, причины успешного и неудачного завершения лечения) – 22 вопроса;
- 6) Случаи дискриминации ЛУН при лечении туберкулеза, а также мнение респондентов об эффективном лечении туберкулеза – 5 вопросов.

Анкетирование проводилось силами участников сообщества ЛУН в 16 регионах России. Для участия привлекались участники сообщества, об опыте наркопотребления и заболевании туберкулезом которых было известно сборщикам анкет.

Сборщиками анкет выступали активисты сообщества ЛУН. Анкетирование проходило при личной встрече респондентов и сборщиков анкет, дающих разъяснения о целях и задачах проекта, а также помогающих участникам опроса точно и корректно ответить на все вопросы анкеты. Это позволило обеспечить высокое качество заполнения анкет, исключая пропуски ответов и соблюдение верности переходов к нужным вопросам анкеты. По итогам эмпирического этапа исследования было собрано 212 полностью заполненных анкет, сопровождаемых информированным согласием респондентов, предполагающим добровольное согласие на участие в исследовании и последующую обработку данных с учетом сохранения конфиденциальности и анонимности респондентов.

Выборка исследования является невероятностной, из-за чего мы не можем говорить о генерализации полученных данных. Выборка была построена методом снежного кома из-за трудной доступности исследуемой группы населения. **Условиями отбора** являлись:

- возраст респондентов (от 18 лет и старше);
- наличие опыта употребления наркотических веществ инъекционным и/или не инъекционным путем;
- наличие опыта лечения туберкулеза в течение последних пяти лет в стационаре и/или амбулаторно.

Основные гипотезы исследования:

1. Отсутствие наркологической помощи при лечении туберкулеза у ЛУН отрицательно связано с позитивными результатами лечения туберкулеза.
2. Лечение туберкулеза у ЛУН не связано с отказом от наркопотребления.
3. У мужчин и женщин уровень приверженности лечению ТБ различается.

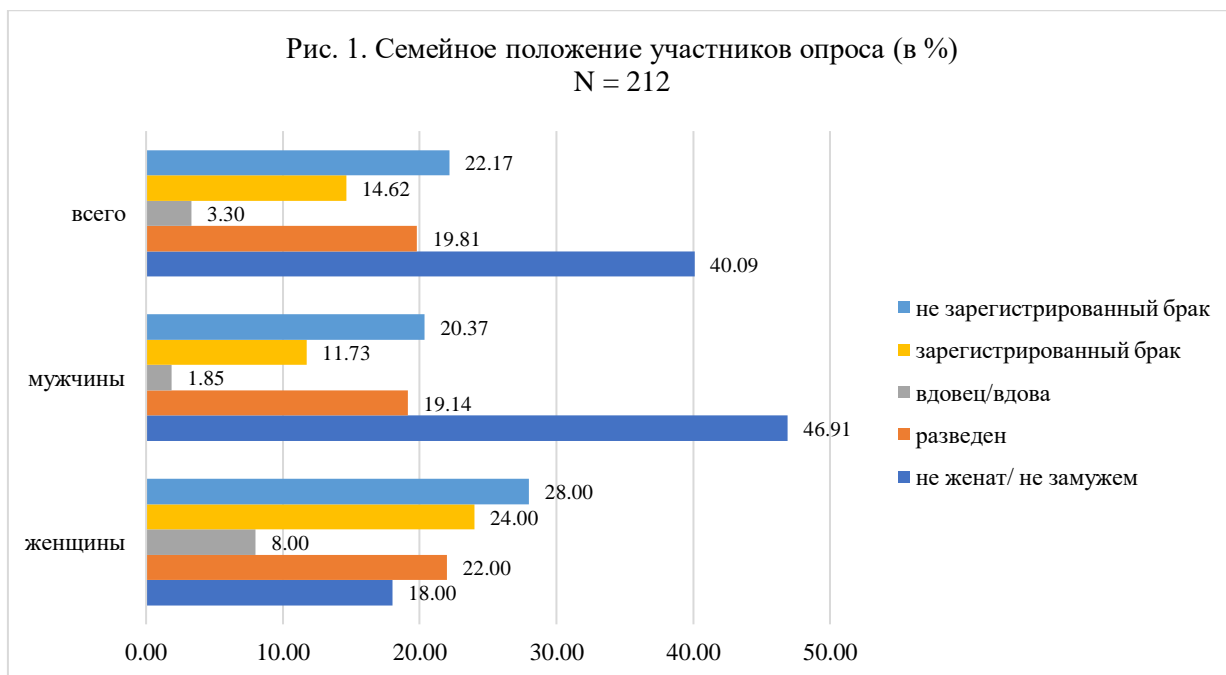
В связи с неоднородностью и объемом полученных данных проверка названных гипотез будет осуществлена методом дескриптивной статистики без применения математических методов анализа. Тем не менее, подтверждение или опровержение обозначенных в гипотезах связей, а также интерпретация полученных результатов позволит сформулировать цели будущих исследований, организованных в соответствии с требованиями вероятностных выборок и использующих большее число данных для выяснения значимости описанных статистических закономерностей.

Раздел 1. Дескриптивный анализ социально-демографических характеристик участников опроса

Объем анализируемой выборки составил 212 анкет. В опросе приняли участие 50 женщин и 162 мужчины, что составляет 23,5% и 76,4% от числа респондентов соответственно. Средний возраст участников опроса – 40,6 лет, при этом половина респондентов находится в возрастной когорте от 41 до 50 лет (50% от всех участников опроса), чуть меньшая доля – от 31 до 40 лет (44,8%), а респонденты в возрасте до 30 и более 51 года составляют примерно равные незначительные доли от числа участников – 2,8% и 2,3% соответственно. Женщины моложе мужчин: 56% от числа всех опрошенных женщин находятся в возрастной когорте от 31 до 40 лет, в то время как среди мужчин, принявших участие в опросе, более половины (53%) относятся к возрастному диапазону от 41 до 50 лет. В целом, средний возраст мужчин и женщин, принявших участие в опросе, имеет почти равные значения: средний возраст мужчин составляет 40,9 лет, а женщин – 39,7 лет.

1.1 Семейное положение

Наибольшая часть участников опроса представлена людьми, **не состоящими в зарегистрированном браке**: 40% отметили, что являются незамужними или неженатыми людьми, 22,1% что проживают в незарегистрированном браке. 19,8% респондентов являются разведенными, 14% - проживают в зарегистрированном браке, 3,3% отметили, что являются вдовами и вдовцами. Несмотря на несбалансированный гендерный состав участников опроса, можно отметить разницу между мужчинами и женщинами в отношении их семейного статуса: **в два раза больше женщин находятся в зарегистрированном браке** (24% от числа всех принявших участие в опросе женщин к 11,7% от числа всех принявших участие в опросе мужчин), в то время как неженатых мужчин больше, чем незамужних женщин более, чем в два раза (46,9% к 18% соответственно) (Рис. 1 «Семейное положение участников опроса»).



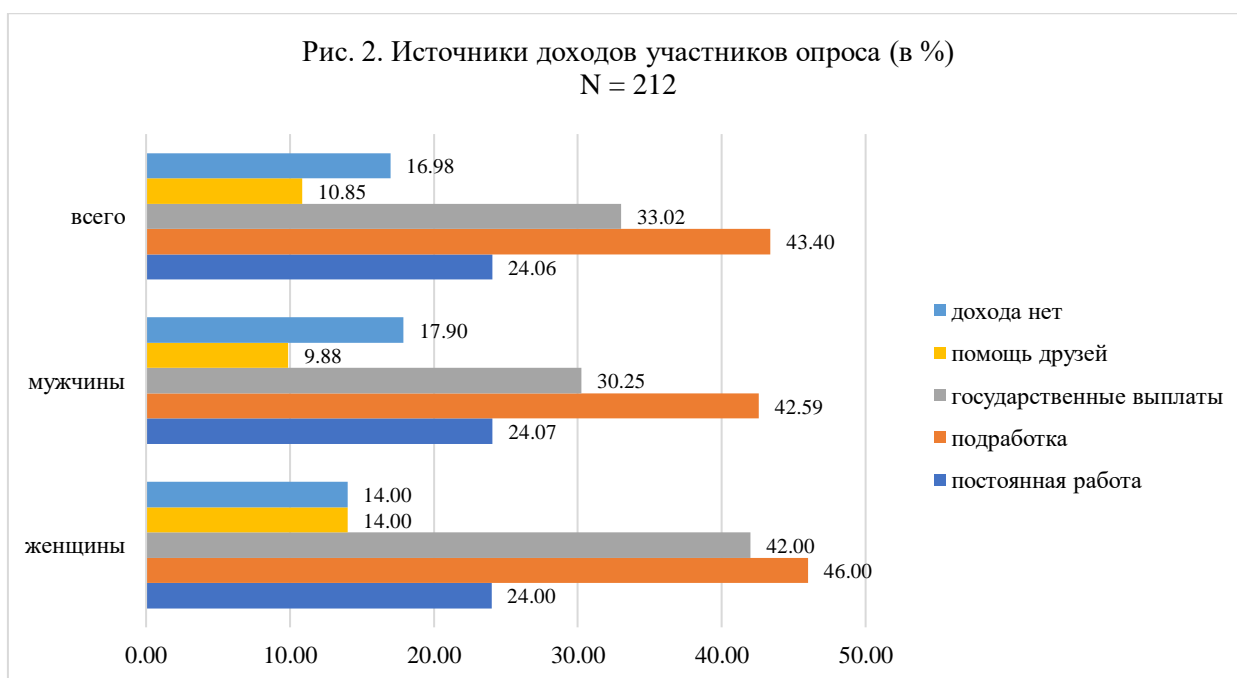
1.2 Источники дохода

Говоря об источниках дохода, ответ на который предполагал множественный выбор среди предложенных вариантов ответа с возможностью вписать свой вариант, респонденты чаще всего отмечают, что получают доход **благодаря различным подработкам** – 43,4% от числа всех участников опроса. Треть от общего числа респондентов отмечает, что одним из их источников дохода являются выплаты от государства (пенсии и пособия) – 33%. Стоит отметить, что поддержку государства респонденты, как правило, отмечали вместе с другими источниками: подработкой, помощью родственников, партнеров и друзей, криминальной деятельностью. О том, что живут исключительно благодаря выплатам государства, сказали всего 12,2% участников опроса – среди мужчин это одинокие люди в возрасте от 34 до 49 лет, как правило, употребляющие наркотики 15 лет и более, и живущие с туберкулезом более пяти лет. Среди женщин доход только от государства получают также в основном одинокие (вдовы, незамужние, разведенные) люди; их возрастной диапазон шире (от 27 до 46 лет), как и вариации длительности опыта наркопотребления (чаще всего встречается 5-9 лет), при этом диагноз туберкулеза чаще всего поставлен менее пяти лет назад. Почти четверть респондентов говорит о том, что имеет постоянную работу – 24%, 16,9% указывают, что не имеют дохода, 10,8% участников опроса получает материальную помощь от друзей.

Стоит отметить разницу и сходства между мужчинами и женщинами, принявшими участие в исследовании: для тех и других первые три места по частоте выбора занимают те же виды заработка (подработки, выплаты от государства, постоянная работа). При этом

если доли мужчин и женщин, выбравших подработку и постоянную работу в качестве источников дохода довольно схожи (42,5% от числа мужчин и 46% от числа женщин в отношении подработок и 24% в отношении постоянной работы для обеих групп), то **о получении государственных выплат чаще говорят женщины, чем мужчины** (выбрали этот вариант 42% от числа женщин и 30,2% от числа мужчин, принявших участие в опросе). Мы не спрашивали респондентов о наличии у них детей, поэтому не можем утверждать, что преобладание государственных выплат у женщин связано с материнством. Однако, здесь и далее в отчете можно проследить более высокую организованность женщин по контролю собственного заболевания – возможно, большая терпимость в отношении бюрократических вопросов позволяет женщинам оформить все необходимые документы для получения пособий и пенсий от государства, в то время как мужчинам, в силу распространенных в нашем обществе маскулинным образам, бывает трудно просить о помощи и признавать себя в качестве объекта заботы. В связи с этим им может быть морально проще обратиться к заработку посредством различных подработок (в том числе не всегда законных, как признаются наши респонденты), чем к соблюдению бюрократических норм для получения инвалидной группы или иных оснований для государственных выплат. Среди женщин также больше тех, кто отметил финансовую помощь со стороны друзей в качестве источника дохода (14% от числа участвовавших в опросе женщин к 9,8% от числа участвовавших в опросе мужчин), а среди мужчин больше доля тех респондентов, кто заявил об отсутствии источника дохода (17,9% от числа мужчин к 14% от числа женщин).

Также важно отметить, что участники отмечали и «другие» источники дохода, не перечисленные среди формализованных вариантов ответов, и они имеют некоторые отличия между мужчинами и женщинами. Так, 3% от числа принявших участие в исследовании мужчин отметили в качестве источника заработка различные формы криминала, 1,8% указали в качестве источника дохода финансовую помощь родственников. Единичными ответами стали «неофициальная работа», что трудно классифицировать в тип «подработка» или «криминал», и «разное», то есть невозможно интерпретировать. У женщин дополнительным вариантом ответа стало «обеспечение со стороны супруга» - этот вариант вписали в соответствующую строку 4% принявших участие в опросе женщин (Рис. 2. «Источники доходов участников опроса»).



1.3 География исследования

Территориально участники исследования представляют шесть из восьми федеральных округов Российской Федерации. Наибольшая часть респондентов проживает в Уральском федеральном округе (41,9% от общего числа участников), почти треть – в Поволжском федеральном округе (28,3%), 16,5% - в Северо-Западном федеральном округе. Менее 10% участников исследования проживают в Центральном федеральном округе (8,4%), в Сибирском федеральном округе (2,8%), а также в Южном федеральном округе (2,3%) (Таб. 1. «Представленность респондентов по регионам РФ»).

Таб. 1. Представленность респондентов по регионам РФ (в %)	
Иркутская область	0,94
Калининградская область	14,08
Москва	4,69
Омская область	1,88
Орловская область	3,76
Пермский край	2,82
Республика Крым	0,94
Республика Татарстан	15,02
Ростовская область	0,47
Самарская область	10,33
Санкт-Петербург	2,35
Свердловская область	17,84
Севастополь	0,47
Ставропольский край	0,47
Тюменская область	15,49
Челябинская область	8,45

Раздел 2. Сведения о ВИЧ-статусе участников опроса

Абсолютное большинство участников опроса **имеют положительный ВИЧ-статус** – 83,5% от числа всех респондентов. Отрицательный ВИЧ-статус имеет небольшая доля участников – 14,2%, в то время как не знают о своем ВИЧ-статусе всего 2,4% респондентов. Если для мужчин величина долей ответов респондентов с положительным, отрицательным или неизвестным ВИЧ-статусом равна распределению по выборке в целом (83% ВИЧ+, 14% ВИЧ-, 3% не знают ВИЧ-статус), то **среди женщин немного больше тех, кто имеет положительный ВИЧ-статус** (88% от числа принявших участие в опросе женщин), имеют отрицательный ВИЧ-статус 12% от их числа, а доля неинформированных о своем ВИЧ-статусе респонденток равна нулю.

В наиболее представленных участниками опроса возрастных модальных группах (от 31 до 40 и от 41 до 50 лет) заметны небольшие различия среди мужчин: мужчины в возрасте от 41 до 50 лет чаще отмечают, что имеют отрицательный ВИЧ-статус (18,6% от числа мужчин этой возрастной группы в сравнении с 11,9% от числа мужчин в возрасте от 31 до 40 лет), а также мужчины более старшего возраста чаще не имеют информации о своем ВИЧ-статусе (3,4% к 1,4% соответственно). Среди женщин тех же возрастных категорий различия не наблюдаются (Таб. 2). Все мужчины старше 51 года имеют ВИЧ-положительный статус, а все женщины старшего возраста – отрицательный. **Наибольшая доля мужчин, не знающих свой ВИЧ-статус, находится в возрастной группе до 30 лет**, тогда как среди женщин все знают о своем статусе, и он у молодых женщин положительный. Данная ситуация представляется нам тревожной, поскольку молодые мужчины более мобильны, имеют сети разнообразных сексуальных и наркопотребительских контактов, в связи с чем незнание своего ВИЧ-статуса может способствовать распространению ВИЧ-инфекции.

Таб. 2. Сведения о ВИЧ-статусе у респондентов (в %)

Возраст	М			Ж		
	ВИЧ+	ВИЧ-	не знаю	ВИЧ+	ВИЧ-	не знаю
до 30 лет	80,00	0,00	20,00	100,00	0,00	0,00
31-40 лет	86,57	11,94	1,49	89,29	10,71	0,00
41-50 лет	77,91	18,60	3,49	90,00	10,00	0,00
больше 51 года	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00

Для того, чтобы подробнее узнать о доступе первого этапа в каскаде лечения ВИЧ-инфекции, мы спрашивали ВИЧ-отрицательных респондентов о том, **предоставлялась ли им услуга тестирования ВИЧ-инфекции** при поступлении в туберкулезный диспансер.

Напомним, что это небольшая группа участников опроса – всего 14,2%, и от их числа рассчитывались представленные ниже доли ответов.

При поступлении в туберкулезный диспансер **анализ на ВИЧ-инфекцию делали большинству респондентов** – 60% от числа ВИЧ-отрицательных участников опроса. 33,3% отметили, что не знают о том, был ли проведен анализ на ВИЧ-инфекцию, а 6,6% - что подобная услуга им не предоставлялась. Зачастую при поступлении в ПТД отсутствует информирование о перечне и целях проводимых медицинских анализов, с чем может быть связано отсутствие у респондентов знаний о получении такой услуги. О необходимости проходить анализ на ВИЧ-инфекцию при поступлении в стационар (в связи с предшествующим рискован поведением) заявила половина респондентов с ВИЧ-отрицательным статусом – у другой половины такой потребности не было. Отвечая на вопрос о том, была ли у них возможность беспрепятственно пройти тестирование на ВИЧ при поступлении в стационар, большинство респондентов сказали, что не интересовались предоставлением этой услуги – 56,6%, что удивительно, поскольку половина из них (47%) в другом вопросе заявили о необходимости пройти тестирование из-за предшествующего рискованного поведения. 40% респондентов ответили, что у них была возможность беспрепятственно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию (и, судя по ответам на другие вопросы, они это тестирование проходили), об отсутствии же значимого этапа каскада лечения ВИЧ-инфекции заявил всего один человек.

Таким образом мы видим, что среди ЛУН, поступающих на лечение в туберкулезный диспансер, больше половины не проявляют инициативы в тестировании ВИЧ-инфекции, даже если у них есть необходимость проверить свой ВИЧ-статус в связи с рискован поведением. Это может быть связано со страхом дискриминации их рискованного поведения и обращения в правоохранительные органы со стороны медицинских сотрудников. Почти треть не знает, проверяли ли у них наличие ВИЧ-инфекции при поступлении в стационар, что может указывать на недостаточное информирование пациентов о проводимых процедурах медицинским персоналом.

Раздел 3. Сведения ВИЧ-положительных участников исследования о химиопрофилактике лечения туберкулеза

3.1 Возраст респондентов, опыт наркопотребления, время постановки диагноза и факт приема химиопрофилактики лечения туберкулеза

Поскольку люди, живущие с ВИЧ, имеют высокий уровень смертности из-за туберкулеза – 12% в течение первого года после постановки диагноза ВИЧ-инфекция¹³, – химиопрофилактика этого заболевания на ранних стадиях лечения является важным элементом современных протоколов лечения туберкулеза. Обязательное включение химиопрофилактики лечения туберкулеза ВИЧ-положительных пациентов появилось в медицинской практике в 2016 году¹⁴, поэтому мы спрашивали респондентов, имеющих положительный ВИЧ-статус, о том, был ли им предложен курс химиопрофилактики туберкулеза. **Наибольшая часть респондентов получала такое предложение и принимала курс химиопрофилактики – 42,4%** от числа ВИЧ-положительных респондентов. В двух случаях доли респондентов, отвечающих на данный вопрос, оказались равны: 22,6% отметили, что **не знают о том, предлагали им курс химиопрофилактики или нет**, 22%, - что **не получали предложение о приеме курса химиопрофилактики туберкулеза**. Остальные 13% ВИЧ-положительных респондентов ответили, что получали предложение пройти химиопрофилактику туберкулеза, **но отказалась от приема препаратов – 11,5%**.

Выявить портрет ВИЧ-положительных ЛУН, не знающих или не помнящих, предлагали ли им курс химиопрофилактики на основании наших данных не представляется возможным: в наиболее распространенных среди респондентов возрастных группах доли тех, кто не знает об этом факте в их анамнезе, равны (22,8% среди респондентов в возрасте от 31 до 40 лет, 22,3% среди респондентов в возрасте от 41 до 50 лет), срок постановки диагноза туберкулеза также представляется не связанным с «забыванием» прохождения химиопрофилактики (не помнят 22,2% от числа тех, кому поставили диагноз туберкулеза год назад и менее; 17% от числа тех, кто обнаружил диагноз 2-3 года назад; 26% от числа диагностировавших туберкулез менее пяти лет назад; 22,2% - более пяти лет назад). Единственное, что вызывает интерес – это гендерные различия в портрете «не знающих» о

¹³ По данным отчета о проведении социально-экономического исследования, касающегося государственной политики борьбы с ВИЧ под руководством научного сотрудника Центра перспективного финансового планирования, микроэкономического анализа и статистики финансов НИФИ Минфина России Н.А. Авксентьева (2020: с. 149).

¹⁴ Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. 2016. URL: http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf

химиопрофилактике и связь с продолжительностью наркопотребления. Рассмотрим характеристику респондентов, «не знающих» о том, предлагалась ли им химиопрофилактика туберкулеза, ниже.

Среди мужчин «не помнит» или «не знает», предоставлялась ли им когда-либо эта услуга, четверть респондентов – 24,8% (при этом считает, что не получала такого предложения, еще четверть – 24,8%, получали и принимали химиопрофилактику туберкулеза 38,3% респондентов мужского пола, получали и отказались от химиопрофилактики – 12%). **Среди женщин же доля «не знающих» меньше** – 15,9% (при этом считают, что не получали предложения химиопрофилактики туберкулеза 13,6% респонденток, получали и принимали препараты 54,5%, а 15,9% получали предложение, но отказались от него). Также можно заметить, что доли «не помнящих» и «не знающих» о том, предлагалась ли им химиопрофилактика туберкулеза в связи с положительным ВИЧ-статусом, **увеличиваются с увеличением продолжительности наркопотребления** в жизни ЛУН. Так, среди респондентов, употребляющих наркотики менее пяти лет, доля «не знающих» о наличии факта химиопрофилактики туберкулеза в их жизни равна 12,5%. С увеличением опыта наркопотребления до 5-9 лет доля «не знающих» вырастает до 18,8%. ЛУН с опытом потребления наркотиков от 10 до 14 лет в 21,4% случаев не знают или не помнят, предлагали им химиопрофилактику туберкулеза или нет. Респонденты, употребляющие наркотики 15-19 лет, «не знают» об этом уже в 22,7% случаев, а те, чье наркопотребление длится уже более 20 лет, не помнят или не знают, было ли такое в их жизни, уже в 30,2% случаев (Рис. 3.1. «Ответы на вопрос "Предлагали ли вам пройти курс химиопрофилактики туберкулеза?" среди мужчин», Рис. 3.2. «Ответы на вопрос "Предлагали ли вам пройти курс химиопрофилактики туберкулеза?" среди женщин», Рис. 4 «Соотношение продолжительности наркопотребления и опыта получения химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-положительных респондентов»).

Рис. 3.1 Ответы на вопрос "Предлагали ли вам пройти курс химиопрофилактики туберкулеза?" среди мужчин (в %) N = 157

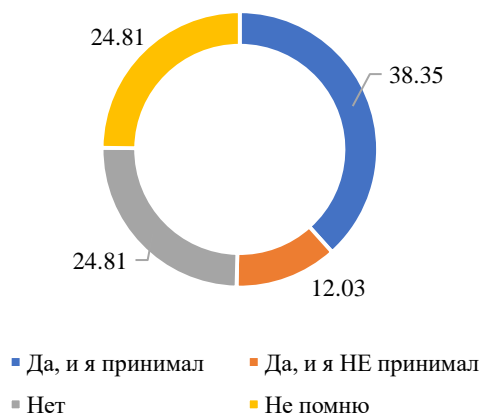
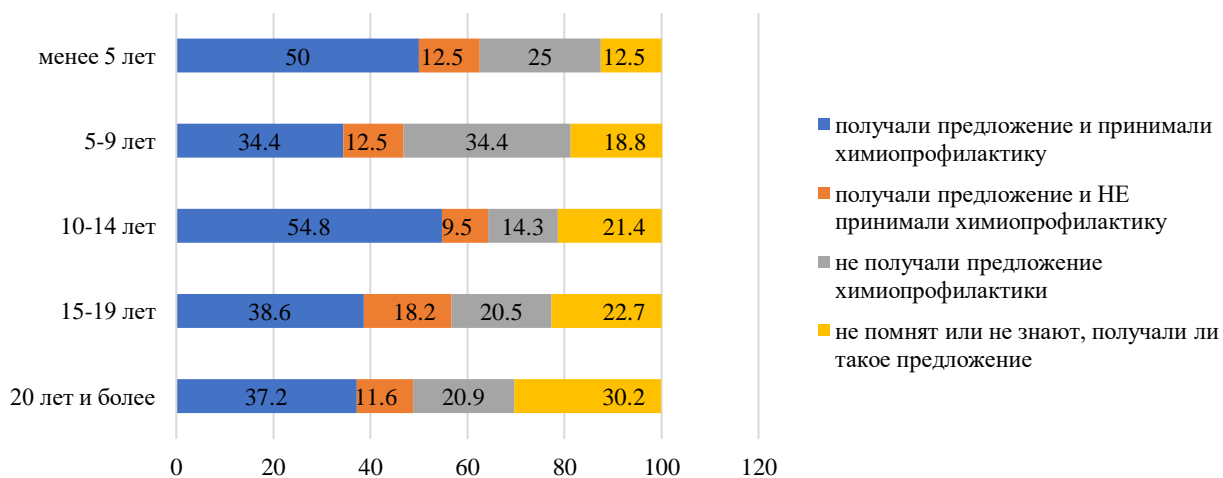


Рис. 3.2 Ответы на вопрос "Предлагали ли вам пройти курс химиопрофилактики туберкулеза?" среди женщин (в %) N = 50



Рис. 4. Соотношение продолжительности наркопотребления и опыта получения химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-положительных респондентов (в %) N = 177



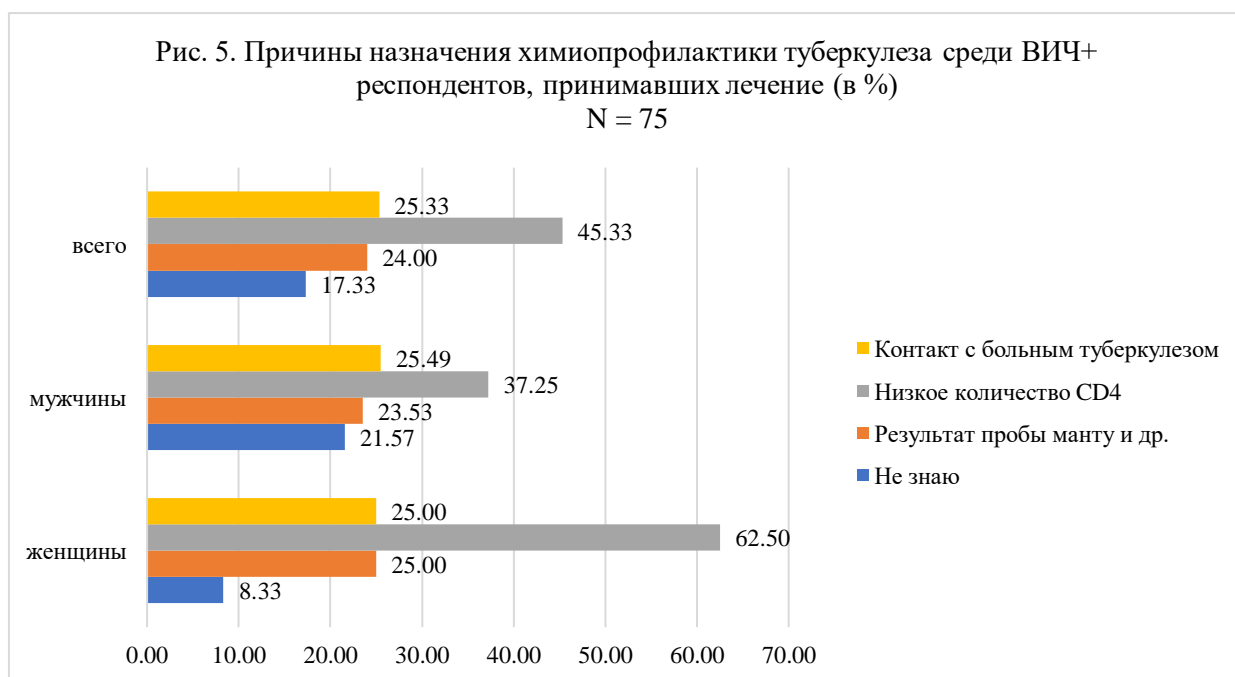
3.2 Причины назначения или отказа ВИЧ-положительных ЛУН от химиопрофилактики лечения туберкулеза

Рассмотрим причины, по которым ВИЧ-положительным ЛУН назначали химиопрофилактику лечения туберкулеза. Сначала опишем группу респондентов, принимавших химиопрофилактику, а затем ответы тех, кто получал такое предложение, но отказался от него. Отвечая на вопрос о причинах, на основании которых респондентам было назначено профилактическое лечение туберкулеза, участники имели возможность выбрать несколько вариантов ответа и предложить свой, если такой причины не было предложено.

Наибольшая доля респондентов, принимавших химиопрофилактику туберкулеза, отметила, что им назначили профилактическое лечение **из-за низкого количества клеток CD4** – 45,3%. Эта причина наиболее распространена и среди мужчин, и среди женщин, хотя среди респондентов женского пола доля ответивших таким образом в два раза больше (37,2% от респондентов мужского пола и 62,5% от респондентов женского пола).

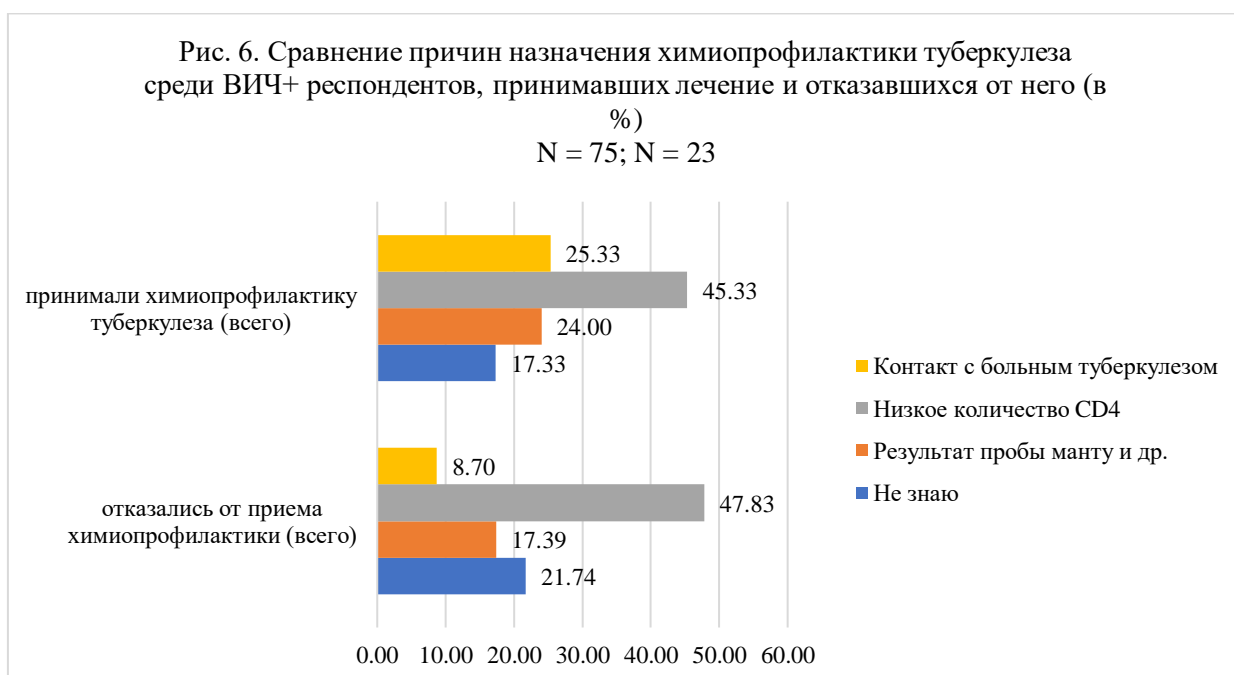
Четверть респондентов из группы людей, прошедших химиопрофилактику, отметила еще две причины назначения терапии: **контакт с больным человеком и результат пробы манту** (или другого анализа) – 25,3% и 24% соответственно; объем долей выбора данных причин для мужчин и женщин одинаков. Однако, о незнании причин назначения терапии сказало значительно больше мужчин, чем женщин: 21,5% к 8,3% при общей доле «незнающих» от числа респондентов обоего пола 17,3%.

Среди других причин, которые называли участники опроса, прошедшие курс химиопрофилактики туберкулеза, были следующие варианты: назначение терапии после заболевания туберкулезом – 4%, по состоянию здоровья – 2,6%, а также после получения результатов анализов в исправительной колонии – 1,3% (Рис.5 «Причины назначения химиопрофилактики туберкулеза среди ВИЧ+ респондентов, принимавших лечение»).



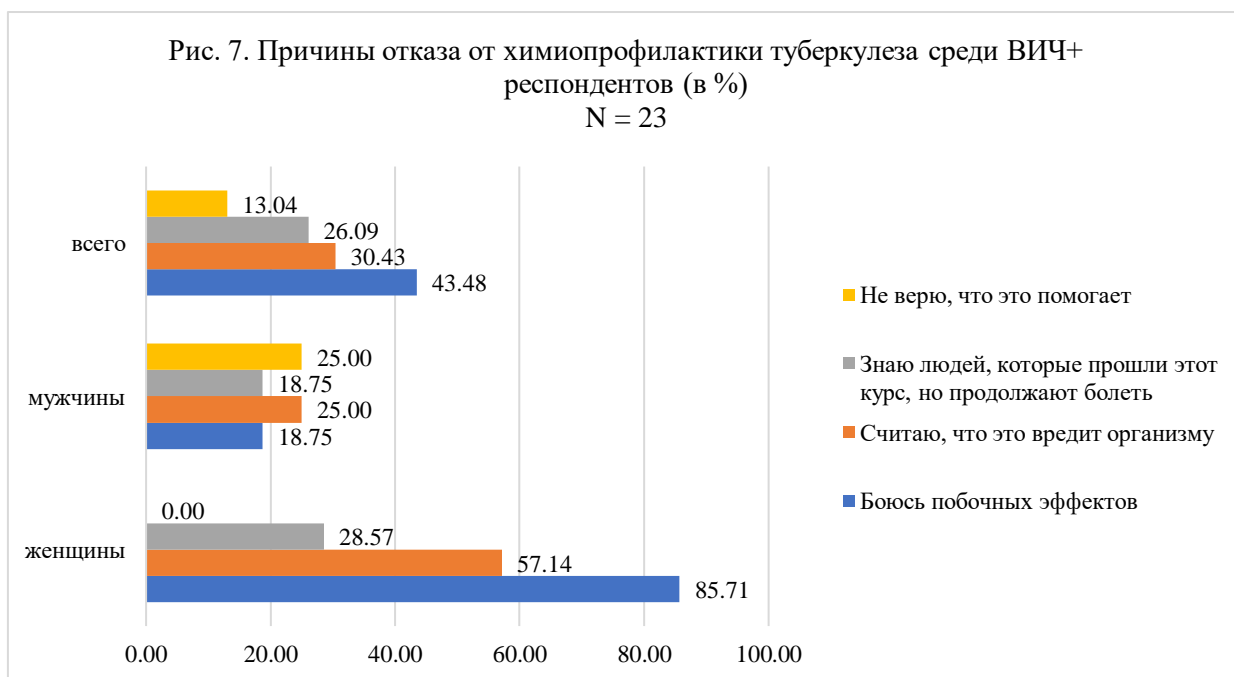
Среди отказавшихся от профилактического лечения туберкулеза (всего 15,2% от числа ВИЧ+ респондентов) также наиболее распространено назначение химиопрофилактики низкое количество клеток CD4 – 47,8% от их числа. При этом доля респондентов, которым предлагали химиопрофилактику **по результатам медицинских обследований** (пробы манту и др.) в этой группе больше, чем число тех, кому назначили профилактику туберкулеза после небезопасного контакта – 17,3% к 8,7%. Возможно,

результаты медицинских обследований для ЛУН являются менее убедительной причиной заняться профилактикой иных заболеваний, а непосредственный контакт с переносчиком болезни вызывает большую обеспокоенность и мотивацию принять профилактическое лечение туберкулеза. Также важно отметить, что **доля не знающих причины** назначения им химиопрофилактики среди отказавшихся от лечения выше, чем среди прошедших его – 21,7% к 17,3%, что также могло мотивировать отказ от приема назначенных препаратов. Мы не стали проводить гендерные различия причин назначения химиопрофилактики лечения туберкулеза среди респондентов, отказавшихся от лечения, из-за малого количества ответов (Рис. 6 «Сравнение причин назначения химиопрофилактики туберкулеза среди ВИЧ+ респондентов, принимавших лечение и отказавшихся от него»).



Опишем причины, по которым ВИЧ-положительные ЛУН отказывались от химиопрофилактики туберкулеза. Наиболее часто называемой причиной среди предложенных для множественного выбора является **боязнь побочных эффектов от лечения** – об этом сообщило 43,5% от числа респондентов, отказавшихся от профилактического лечения туберкулеза. Их страх за свое здоровье и боязнь потерять контроль над собственным телом отражается и в других распространенных ответах на данный вопрос: 30,4% от числа отказавшихся от профилактического лечения респондентов считают, что химиопрофилактика повредит их здоровью. Менее выражены среди участников опроса предубеждения по поводу химиопрофилактики туберкулеза: всего 13% от их числа прямо заявили о том, что не верят в реальные последствия курса лечения. При этом опасения относительно эффективности лечения среди респондентов проявились следующим образом: каждый четвертый отметил, что знает людей, которые прошли этот

курс, но все равно продолжают болеть (26,1% от числа отказавшихся от лечения респондентов). Создание ложного впечатления о скорости появления эффектов лечения среди друзей и знакомых болеющих туберкулезом развивает в когнитивных представлениях о болезни и совладания с ней «ошибку выжившего», при которой в коллективной памяти закрепляются факты негативного исхода, а позитивные результаты лечения замалчиваются или игнорируются ради поддержания мифа о неэффективности лечения (Рис. 7 «Причины отказа от химиопрофилактики туберкулеза среди ВИЧ+ респондентов»).



Чаще всего **предубеждения о неэффективности лечения среди наших респондентов транслировали мужчины**: 18,8% от числа отказавшихся от лечения респондентов мужского пола, в то время как среди женщин ни одна из респонденток не дала такого ответа. При этом **среди женщин потенциальные проблемы со здоровьем и потеря контроля над собственным телом имеет значительно большее влияние на отказ от лечения**: 85,7% от числа отказавшихся от лечения женщин мотивировали это боязнью побочных эффектов, в то время как среди отказавшихся от лечения мужчин данная проблема волновала лишь для 25%, что имеет кратно меньшее значение. Также в два раза большее число респондентов от числа женщин, чем от мужчин, отметили, что считают химиопрофилактику туберкулеза вредной для здоровья: 57,1% к 18,8% от числа респондентов каждого пола соответственно.

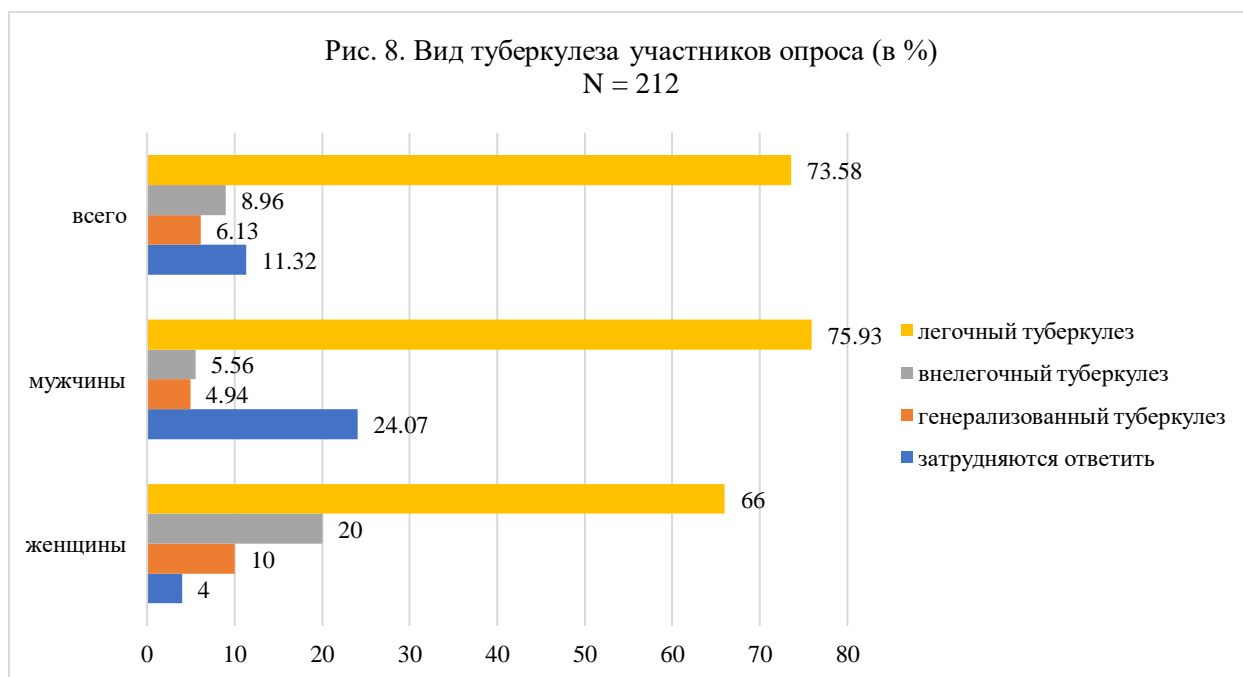
Также респонденты вписывали свои варианты ответа в причины отказа от профилактики туберкулеза, если считали что-то иное. Ответы имели единичное значение, но также иллюстрируют гендерную разницу в суждениях. Единственная респондентка

женского пола, назвавшая свою личную причину, сослалась на состояние своего здоровья, а именно цирроз печени, при котором прием препаратов сильно ухудшал ее самочувствие, из-за чего пришлось бросить терапию. Среди мужчин, пожелавших высказаться больше – о личных причинах сообщила пятая часть отказавшихся от терапии респондентов (5 человек). Двое сообщили о «нежелании» принимать препараты без пояснения причин этого нежелания; один отметил, что отказался «по собственной инициативе», что также, на наш взгляд, говорит о низкой мотивации и избегающем поведении. Только двое мужчин описали ситуации, связанные с иными проблемами их здоровья, входящими в конфликт с химиопрофилактикой туберкулеза: для одного из них имело значение улучшение иммунитета в связи с ВИЧ, причем, решение об отказе данный респондент принимал не самостоятельно, а по консультации врача; для другого барьером стал абстинентный синдром.

Таким образом, отказ от химиопрофилактики туберкулеза в целом среди наших респондентов мотивирован желанием поддерживать имидж собственного тела: не приобретать новых болезней и не усугублять имеющихся (кроме туберкулеза, который по большей части невидим для окружающих), не испытывать проблем с контролем собственного состояния в связи с побочными эффектами. Заметно, что среди женщин страх лишиться контроля над собственным телом выше, чем среди мужчин, что может быть связано с гендерными режимами, требующими от женщин высокого качества самопрезентации, но также и большей включенностью женщин в контроль собственной болезни. Мужчины больше склонны к предрассудкам по поводу результативности химиопрофилактики туберкулеза, а также имеют обозначенную в открытых ответах тенденцию не мотивировать свой отказ, что может быть связано с меньшей рефлексивностью и нежеланием брать под контроль заботу о себе.

Раздел 4. Сведения об особенностях туберкулеза среди участников исследования

Всем участникам опроса был диагностирован туберкулез, поскольку наличие опыта заболевания являлось одним из критериев выборки исследования. Наиболее распространенным видом туберкулеза среди респондентов является легочный туберкулез (73,5% от числа всех участников опроса). Внелегочный туберкулез был диагностирован у 8,9% респондентов, генерализованный – 6,1%, в то время как 11,3% участников отметили, что не осведомлены о виде туберкулеза (выбрали вариант «затрудняюсь ответить»). Относительно диагностированного вида туберкулеза наблюдаются гендерные различия среди участников опроса: несмотря на преобладание легочного туберкулеза для мужчин и женщин (75,9% и 66% от числа респондентов каждой группы соответственно), большая доля респондентов от числа женщин отметила наличие внелегочного и генерализованного туберкулеза (20% и 10% от числа респонденток соответственно), в то время как среди мужчин данные виды заболевания назвали всего 5,5% и 4,9% респондентов соответственно. Также важно отметить, что доля респондентов, затрудняющихся назвать свой вид диагноза, выше среди мужчин: так 13,5% участников опроса от числа мужчин выбрали этот вариант ответа, а среди женщин число не осведомленных составляет всего 4% от их числа. Возможно, что преобладание ответов о легочном туберкулезе среди мужчин вызван той же низкой осведомленностью о своем здоровье, которую мы наблюдали в предыдущих разделах отчета (Рис. 8 «Вид туберкулеза участников опроса»).

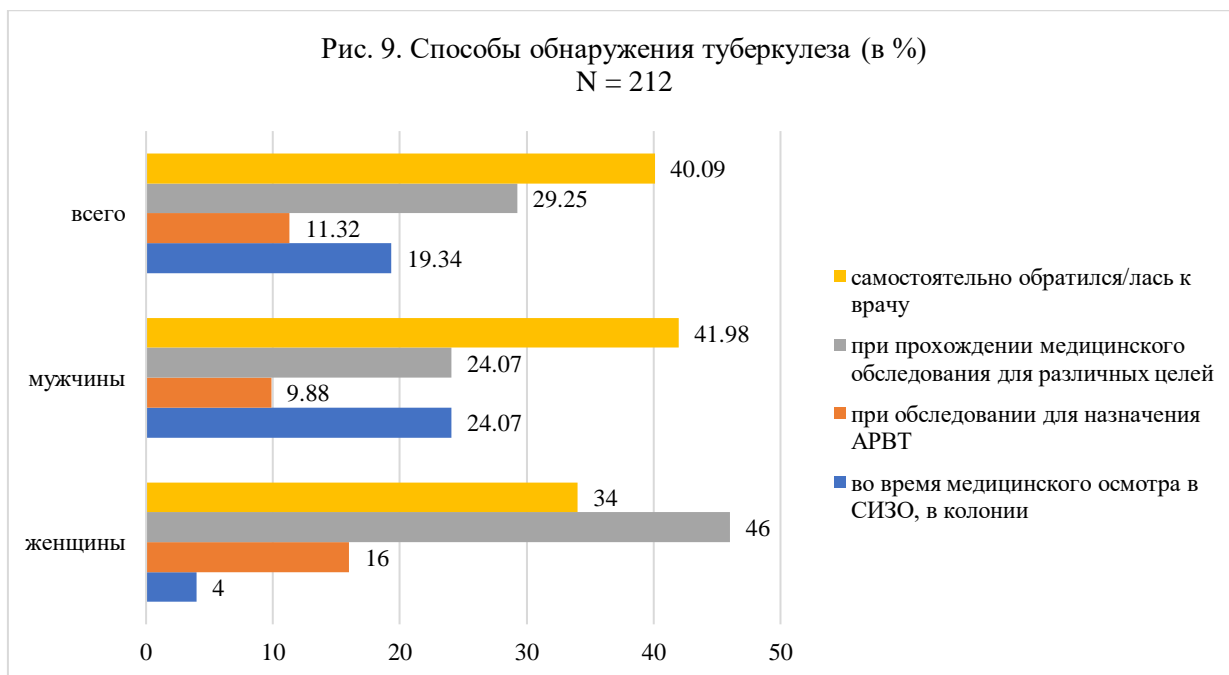


4.1 Формы туберкулеза и способы их обнаружения

Среди респондентов, которым был диагностирован легочный туберкулез, преобладает доля людей с закрытой формой: 53,8% от числа респондентов с легочным туберкулезом отметили, что имеют закрытую форму заболевания, 40,8% - открытую форму, а 5,3% отметили, что не знают подробностей своего диагноза. Среди респондентов, имеющих внелегочный туберкулез, большая доля отметила туберкулез лимфоузлов (47,3%), треть – туберкулез костей (36,8%), а также туберкулез органов (15,7%).

Наиболее распространенным способом обнаружения туберкулеза является **следствие самостоятельного обращения к врачу** в связи с плохим самочувствием – 40% респондентов отметили именно этот вариант среди предложенных. Чуть меньше трети участников опроса узнали о диагнозе туберкулеза в результате медицинских обследований, в том числе, в инфекционной больнице, пребывая на стационарном и оперативном лечении (29,5%). Пятой части респондентов туберкулез был диагностирован во время медицинского осмотра в колонии или СИЗО (19,3%) и у 11,3% туберкулез был выявлен при прохождении обследования для назначения антиретровирусной терапии.

Рассматривая гендерные различия в способах обнаружения туберкулеза, было замечено, что у большей доли **мужчин** туберкулез был выявлен в следствии самостоятельного обращения к врачу в связи с плохим самочувствием (41,9% от числа мужчин), в то время как **среди женщин** большая доля респонденток узнала о диагнозе туберкулеза в результате медицинского обследования (46% от числа женщин). Женщины чаще проходят медицинские осмотры, чем мужчины, поскольку среди них более распространены те виды работ, при которых требуется регулярное медицинское освидетельствование (педагогическая, социальная, пищевая сферы). Кроме того, при сопровождении беременности женщины получают доступ к широкому спектру медицинских осмотров, что, в том числе, позволяет выявить различные заболевания. Среди участвовавших в опросе мужчин выше доля тех, кто узнал о своем диагнозе в колонии или СИЗО: 24% от числа мужчин отметили этот вариант ответа, в то время как среди женщин доля таких ответов равна всего 4%. Постановка диагноза в результате обследования для назначения антиретровирусной терапии чуть более распространена среди женщин, чем среди мужчин: этот вариант ответа выбрали 16% и 9,8% от числа респондентов из каждой группы соответственно. Этот вывод также коррелирует с тем фактом, что среди наших респондентов большая доля женщин знает свой ВИЧ-статус, что позволяет нам предположить, что женщины чаще проходят медицинские обследования и лучше информированы о состоянии своего здоровья (Рис. 9 «Способы обнаружения туберкулеза»).



Интересная корреляция просматривается между способом обнаружения туберкулеза и его видом. **Легочный туберкулез**, самая распространенный среди участников опроса, чаще всего выявлялся благодаря самостоятельному обращению к врачу в связи с плохим самочувствием: 42,9% респондентов с легочным туберкулезом отметили этот способ обнаружения заболевания. Постановка диагноза в ходе медицинских обследований, будь то медосмотр для каких-либо медицинских целей или в СИЗО (колонии), случалась почти в половине случаев ответов (25,6% от числа респондентов с легочным туберкулезом узнали о диагнозе в больницах и 23% узнали о нем в месте заключения). Согласно официальным данным ФСИН, в 2021 году в местах лишения свободы доля больных туберкулезом и ВИЧ достигает 20-25%¹⁵, что коррелирует с полученными результатами о распространенности постановки диагноза туберкулез в МЛС. В меньшей степени распространены случаи постановки диагноза в ходе медицинского освидетельствования для назначения АРВТ – 8,3% респондентов с легочным туберкулезом выбрали этот вариант ответа.

Способы обнаружения **внелегочного туберкулеза** значительно отличаются от легочного. Чаще всего респонденты с этим заболеванием узнавали о своем диагнозе во время медицинских осмотров для различных целей (в поликлиниках и больницах) – почти половина участников опроса с внелегочным туберкулезом выбрала этот вариант ответа (47,3%). Также респонденты с этим заболеванием почти в трети случаев узнают о своем диагнозе во время медицинского обследования для назначения АРВТ – 31,5% участников опроса этой группы отметили данный вариант ответа, что отличает их от людей с другими

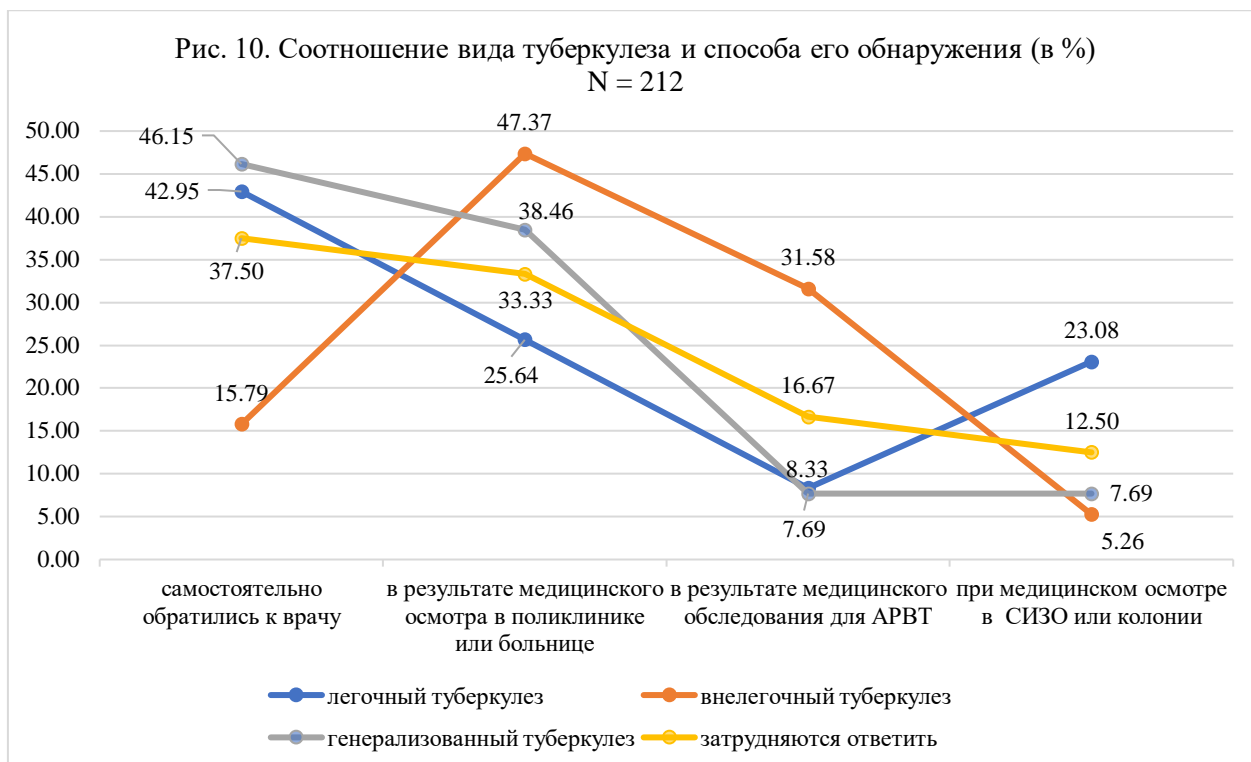
¹⁵ РБК: Данные ФСИН выявили регионы с более чем 20% больных ВИЧ среди заключенных (Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/24/09/2021/614c69869a794750745e840b>)

видами туберкулеза. Обнаружение диагноза после самостоятельного обращения к врачу встречается среди людей с внелегочным туберкулезом в 15,7% ответов, а вследствие медицинского обследования в местах лишения свободы – в 5,2% случаев.

Наименее распространенный среди наших респондентов **генерализованный туберкулез**, тем не менее, имеет схожее распределение способов обнаружения заболевания с легочным туберкулезом. Здесь также наиболее часто встречается обнаружение диагноза после самостоятельного обращения к врачу (46,1% от числа респондентов с генерализованной формой туберкулеза), наименее часто – в связи с медицинским обследованием для назначения АРВТ (7,6%), однако, доля респондентов, узнавших о генерализованном туберкулезе, больше среди тех, кто получил диагноз в ходе медицинского обследования в поликлинике или больнице (38,4%), а доля тех, кто узнал о заболевании в месте лишения свободы меньше, чем среди респондентов с легочным туберкулезом (7,6%).

Стоит отметить, что **среди затруднившихся ответить** о виде обнаруженного у них туберкулеза, доли респондентов, узнавших о диагнозе в результате самостоятельного обращения к врачу и вследствие медицинского осмотра примерно равны и, в сумме, составляют две трети респондентов от числа затруднившихся ответить о своем виде туберкулеза – 37,5% и 33,3% соответственно. Среди неосведомленных респондентов чуть больше доля тех, кто узнал о своем диагнозе в ходе медицинского обследования для назначения АРТ (16,6% от их числа), чем доля неосведомленных участников опроса, для которых диагноз стал известен в местах лишения свободы (12,5%).

Таким образом, наиболее отличающуюся картину обнаружения туберкулеза показывают респонденты с внелегочным туберкулезом – медицинские обследования, назначенные врачом, чаще приводят к постановке данного диагноза, чем самостоятельные обращения людей с туберкулезом, что является наиболее распространенным способом обнаружения заболевания для других видов туберкулеза (Рис. 10 «Соотношение вида туберкулеза и способа его обнаружения»).



4.2 Давность постановки диагноза туберкулеза и способы его обнаружения

Среди наших респондентов большей части туберкулез был диагностирован **не более пяти лет назад** – их доля составляет 41,5% от числа всех участников опроса. Среди них в равной степени распространены два способа обнаружения туберкулеза: путем **самостоятельного обращения к врачу** в связи с плохим самочувствием (34% среди респондентов, узнавших о своем заболевании не более пяти лет назад), а также **в результате медицинского обследования** в поликлиниках и больницах (32,9% от их числа). Меньшее, но также приблизительно равное число респондентов, узнавших о своем диагнозе не более пяти лет назад, сделали это в результате обследования для назначения приёма АРТ (17%) и во время медицинского осмотра в местах лишения свободы (15,9%).

Следующая по величине охвата группа респондентов узнала о своем диагнозе **более пяти лет назад** – четверть участников (25,9% от общего числа респондентов). Среди них распространенность способов постановки диагноза распределена иначе: больше трети респондентов, узнавших о диагнозе более пяти лет назад, **самостоятельно обращались к врачу** в связи с плохим самочувствием (38,1% от числа респондентов, узнавших о своем диагнозе более пяти лет назад), и также больше трети респондентов узнали о своем диагнозе **в местах лишения свободы** (38,1%). Пятая часть (20%) узнавших о своем диагнозе более пяти лет назад сделала это во время медицинского осмотра в поликлинике или больнице, и всего 3,6% респондентов из данной группы получили диагноз во время медицинского обследования для назначения приёма АРТ.

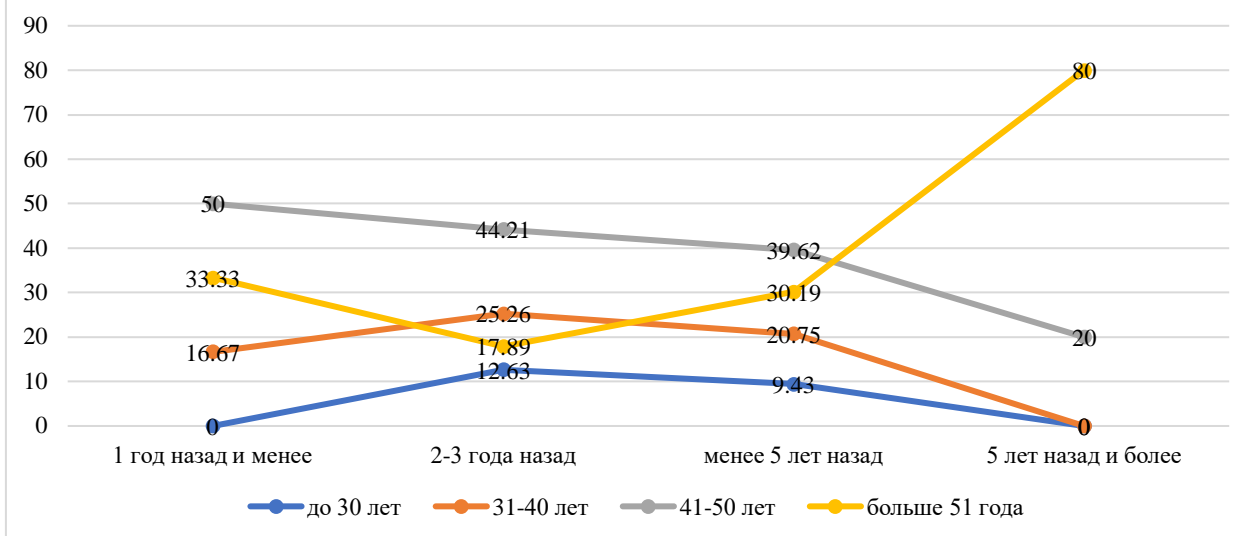
Чуть больше четверти участников опроса узнали о наличии туберкулеза **2-3 года назад** – 22,1% от общего числа респондентов. Распространенность тех или иных способов постановки диагноза среди их числа схожа с общей статистикой: 44,6% респондентов, узнавших о туберкулезе 2-3 года назад, **самостоятельно обращались к врачу** в связи с плохим самочувствием (от общего числа респондентов этот способ распространен среди 40% участников опроса), 29,7% **узнали о диагнозе во время медицинского осмотра** в поликлинике или больнице (распространено среди 29,2% респондентов от общего числа участников опроса), 12,7% - в ходе медицинских обследований для назначения АРТ (в общей базе данных – 11,3%). Однако, постановка диагноза в местах лишения свободы в меньшей степени распространена среди респондентов, узнавших о наличии туберкулеза 2-3 года назад: от их числа доля респондентов составляет 12,7%, в то время как от общего числа участников опроса их доля составляет 19,3%.

Наименьшую долю респондентов составляют те участники опроса, которые узнали о наличии у них туберкулеза **менее года назад** – 10,3% от общего числа ответов. Также, как и в других группах, наиболее распространенным способом постановки диагноза для них является следствие **самостоятельного обращения к врачу** в связи с плохим самочувствием, однако в этой группе число респондентов, самостоятельно обращавшихся к врачу, минимум на 10% выше, чем в остальных: 59% (для сравнения в других группах в порядке перечисления в тексте: 34%, 38,1%, 44,6%). Другой распространенный способ постановки диагноза для респондентов, узнавших о наличии туберкулеза менее года назад, - **в результате медицинского обследования** в поликлиниках и больницах – 36,6%. Этот способ также распространен и в других группах, но среди респондентов, узнавших о туберкулезе менее года назад, доля ответивших таким образом выше (для сравнения в других группах: 32,9%, 20%, 29,7%). Малая доля респондентов из этой группы узнала о диагнозе в ходе медицинского обследования для назначения АРТ – 4,5%, и ни один участник из этой группы не назвал место лишения свободы в качестве источника своего информирования о наличии туберкулеза (Рис. 11 «Соотношение времени постановки диагноза и способов постановки диагноза»).



Таким образом, можно заметить, что среди людей, узнавших о наличии туберкулеза недавно (не более 3х лет назад) более распространено самостоятельное обращение к врачу в связи с плохим самочувствием. Судя по всему, это не связано с поколенческими различиями в типе отношения к собственному здоровью: возрастная динамика с увеличением давности постановки диагноза присутствует, но не столь выражена, чтобы делать выводы о взаимосвязи возраста и способов постановки диагноза (отличающаяся картина для возрастной группы от 51 года и больше связана с малым количеством респондентов этого возраста, что не позволяет говорить о нормальном распределении полученных данных) (Рис. 12 «Соотношение возраста респондентов и данность постановки диагноза туберкулез»). Возможно, люди, узнавшие о своем диагнозе 3 года назад, чаще обращаются с вопросами о самочувствии к врачу из-за возросшей доступности лечения и меньшей стигматизации заболевания в связи с популяризацией науки и методов лечения, доказывающих свою результативность. О взаимосвязи давности постановки диагноза и личных убеждений людей, болеющих туберкулезом, мы поговорим в одном из последующих разделов нашего отчета.

Рис. 12. Соотношение возраста респондентов и давность постановки диагноза туберкулез (в %) N = 212

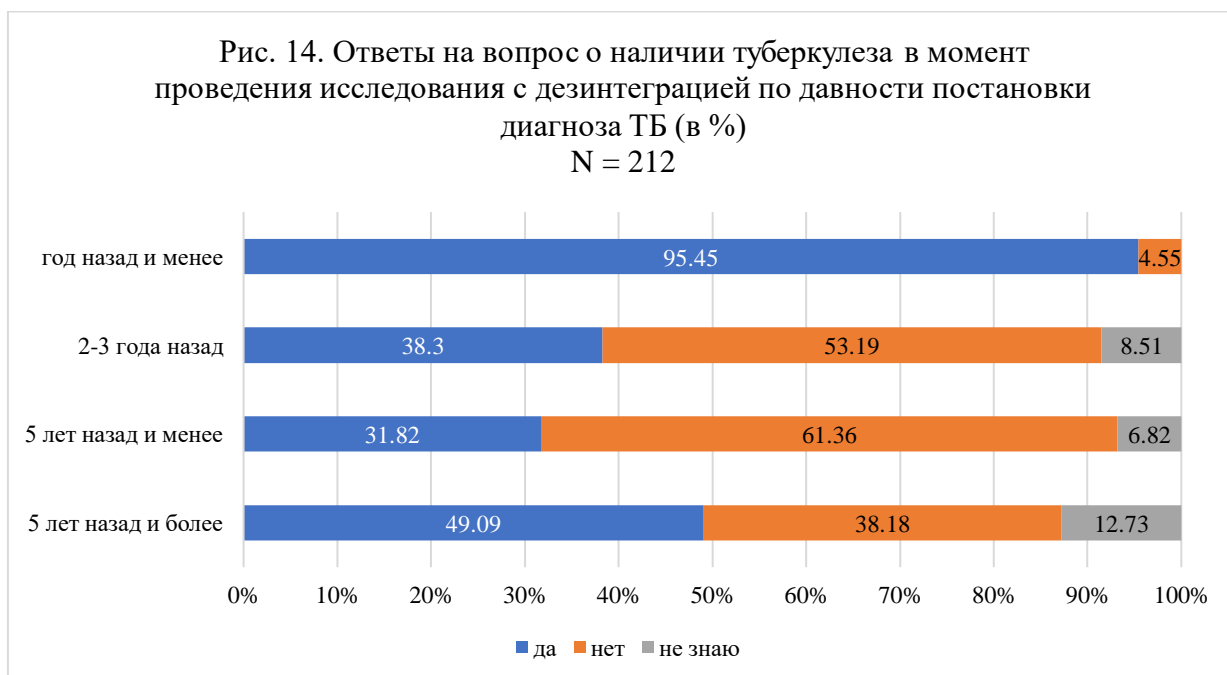


4.3 Наличие туберкулеза у респондентов на момент участия в опросе

На момент прохождения опроса все еще болеют туберкулезом 44,3%, вылечились 47,6% респондентов, не знают о своем состоянии 8% участников опроса. **Среди женщин больше доля выздоровевших, чем болеющих:** 58% процентов респонденток отметили, что не имеют туберкулеза на данный момент времени, 38% - продолжают болеть, а 4% от числа женщин не знают о своем состоянии. **Среди мужчин доли болеющих и выздоровевших почти равны:** 46,3% от числа мужчин отметили, что продолжают болеть, 44,4% - выздоровели, о своем актуальном состоянии не знают 9,2% мужчин, принявших участие в опросе.

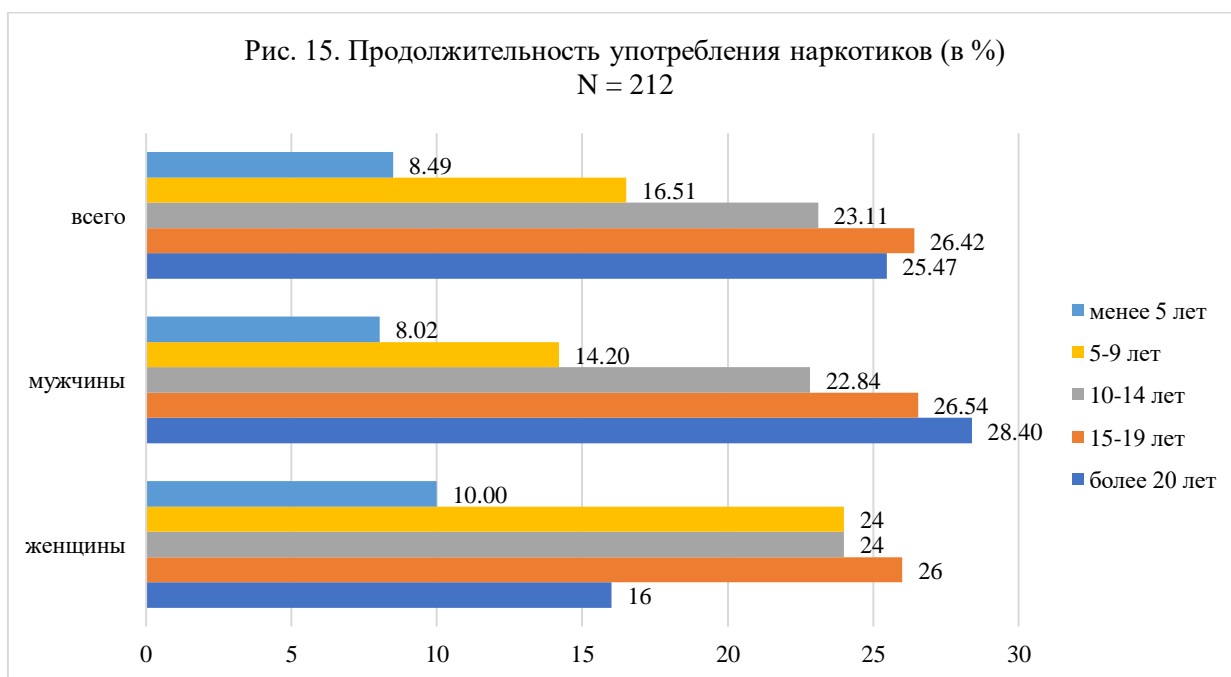
Если смотреть на корреляцию наличия туберкулеза в настоящее время и давности постановки диагноза можно заметить, что **наибольшие доли выздоровевших встречаются среди тех, кому был поставлен диагноз менее пяти лет назад** (61,6% от их числа выздоровел, 31,8% продолжают болеть), а также среди респондентов, узнавших о наличии туберкулеза **2-3 года назад** (53,1% от их числа выздоровел, 38,3% продолжают болеть). Среди респондентов, узнавших о своем диагнозе **более пяти лет назад, доля продолжающих болеть туберкулезом превышает долю выздоровевших:** 49% к 38,1% от их числа соответственно. В этой же группе больше доля респондентов, не знающих о своем актуальном состоянии – 12,7% (в то время как среди тех, кому был поставлен диагноз 2-3 года назад доля неосведомленных составляет 8,5%, а среди тех, кто узнал о наличии туберкулеза менее 5 лет назад – 6,8%). Наименьшая группа респондентов, узнавших о своем диагнозе год назад и менее, демонстрируют сильно отличающуюся картину, что оправдано

непродолжительностью их жизни с туберкулезом: абсолютное большинство, 95,4% респондентов от их числа, продолжают болеть туберкулезом, вылечились 4,5%, и ни один из респондентов не заявил о своей неосведомленности по части диагноза (Рис. 13.1 «Ответы на вопрос о наличии туберкулеза в момент проведения исследования среди мужчин», рис. 13.2 «Ответы на вопрос о наличии туберкулеза в момент проведения исследования среди женщин», рис. 14 «Ответы на вопрос о наличии туберкулеза в момент проведения исследования с дезинтеграцией по давности постановки диагноза ТБ»).



Раздел 5. Портрет наркопотребителя, болеющего туберкулезом

Три четверти участников опроса употребляют наркотики более 10 лет. Приблизительно в равных долях представлены три группы респондентов, разделенных по продолжительности наркотического опыта: 23,1% респондентов употребляют наркотики от 10 до 14 лет, 26,4% - от 15 до 19 лет, 25,4% - более 20 лет. В меньшей степени представлена группа респондентов, являющихся наркопотребителями 5-9 лет (16,5%), наименьшее число участников опроса принимают наркотики менее пяти лет (8,4%). Опыт наркопотребления среди женщин менее длителен, по сравнению с мужчинами: несмотря на то, что доли респондентов обоих полов, употребляющих наркотики 10-14 и 15-19 лет почти равны (24% среди женщин и 22,8% среди мужчин для 10-14 лет и по 26% и среди мужчин, и среди женщин, употребляющих наркотики 15-19 лет), среди женщин больше наркопотребителей с опытом 5-9 лет, чем среди мужчин (24% к 14,2%), а среди мужчин больше наркопотребителей с опытом более 20 лет (28,4% к 16%). Возможно, такая разница обоснована различиями в возрастном диапазоне участвовавших в опросе мужчин и женщин (среди женщин больше доля респонденток в возрасте от 31 до 40 лет, в то время как среди мужчин больше доля респондентов в возрасте от 41 до 50 лет) (Рис. 15 «Продолжительность употребления наркотиков»).



5.1 Способы употребления наркотиков и динамика их изменения во время лечения туберкулеза

До лечения туберкулеза наибольшая доля респондентов употребляла наркотики инъекционным путем – 52,4% отметили этот вариант. 39,2% респондентов ответили, что

сочетали инъекционное и неинъекционное употребление наркотиков, и всего 8% сказали, что употребляли наркотики неинъекционным путем (0,5% респондентов отметили, что не употребляли наркотики перед госпитализацией).

Если говорить о гендерных различиях в предпочитаемом виде употребления наркотиков, среди наших респондентов обоих полов наиболее распространенным является инъекционное употребление (69% среди женщин и 47,5% среди мужчин), однако, если женщины чаще отмечают данный вид употребления наркотиков, мужчины чаще говорят о том, что используют как инъекционный, так и неинъекционный метод (44,4% среди мужчин, 22% среди женщин). Неинъекционное потребление незначительно чаще встречается среди женщин и не столь значительно распространено среди мужчин (10% и 7,4% соответственно).

Во время лечения туберкулеза среди наших респондентов снизилось число тех, кто до лечения употреблял наркотики инъекционным путем и сочетал инъекционное и неинъекционное потребление: доля первых снизилась на 10% и во время лечения употреблять наркотики инъекционно продолжили 41,9%; доля вторых снизилась не так критически, всего на 3%, и сочетать два способа потребления во время лечения продолжили 36,3% респондентов. Всего на время лечения туберкулеза бросили употреблять наркотики в каком-либо виде (инъекционно, неинъекционно, в сочетании двух методов) 11,7% респондентов.

Рассмотрим изменения в типе потребления для каждой группы потребителей отдельно. Среди тех респондентов, кто ранее употреблял наркотики **в сочетании двух методов** (инъекционно и неинъекционно) сохранили методы потребления 74,6% - остальные 25,5% наркопотребителей, сочетавших способы употребления наркотиков до лечения, изменили свой привычный способ употребления в связи с ограничениями пребывания в стационаре из-за невозможности достать дозу предпочитаемого наркотика, использования «угощений» от других наркопотребителей в стационаре, тип потребления которых мог отличаться от привычного ранее. Так, 9,6% от их числа перешли только на инъекционное потребление, 6% - только на неинъекционное, а остальные (9,9%) прекратили употреблять наркотики во время лечения.

Среди респондентов, которые ранее употребляли наркотики **только инъекционным путем**, сохранили привычный способ употребления во время лечения 72,9%. 12,6% от их числа начали употреблять наркотики в сочетании двух методов, 4,5% перешли на неинъекционное потребление, а 10% от числа респондентов, употреблявших наркотики до лечения только инъекционным путем, прекратили потребление на время лечения.

Число респондентов, употреблявших наркотики до лечения туберкулеза **неинъекционно**, незначительно увеличилось во время лечения – почти на 2% (до лечения 8%, во время лечения – 9,9%). Сохранили свой привычный способ потребления 64,7% респондентов от числа тех, кто ранее употреблял неинъекционным путем, 1 человек перешел с неинъекционного потребления на смешанный тип, а остальные 29,4% респондентов, ранее употреблявших неинъекционным путем, прекратили потребление на время лечения. Таким образом, больше всего доля бросивших потребление наркотиков на время лечения респондентов обнаруживается среди тех, кто употреблял наркотики неинъекционным путем: только каждый десятый прекратил инъекционное употребление наркотиков на время лечения туберкулеза, такая же доля респондентов перестала употреблять наркотики в сочетании двух методов во время лечения. При этом больше половины респондентов, предпочитающих тот или иной тип потребления, не смогли изменить свою рутину, сохранив свои практики (Рис. 16 «Динамика изменения способов наркопотребления до и во время лечения туберкулеза», рис. 17 «Типы изменений способов потребления наркотиков во время лечения туберкулеза»).

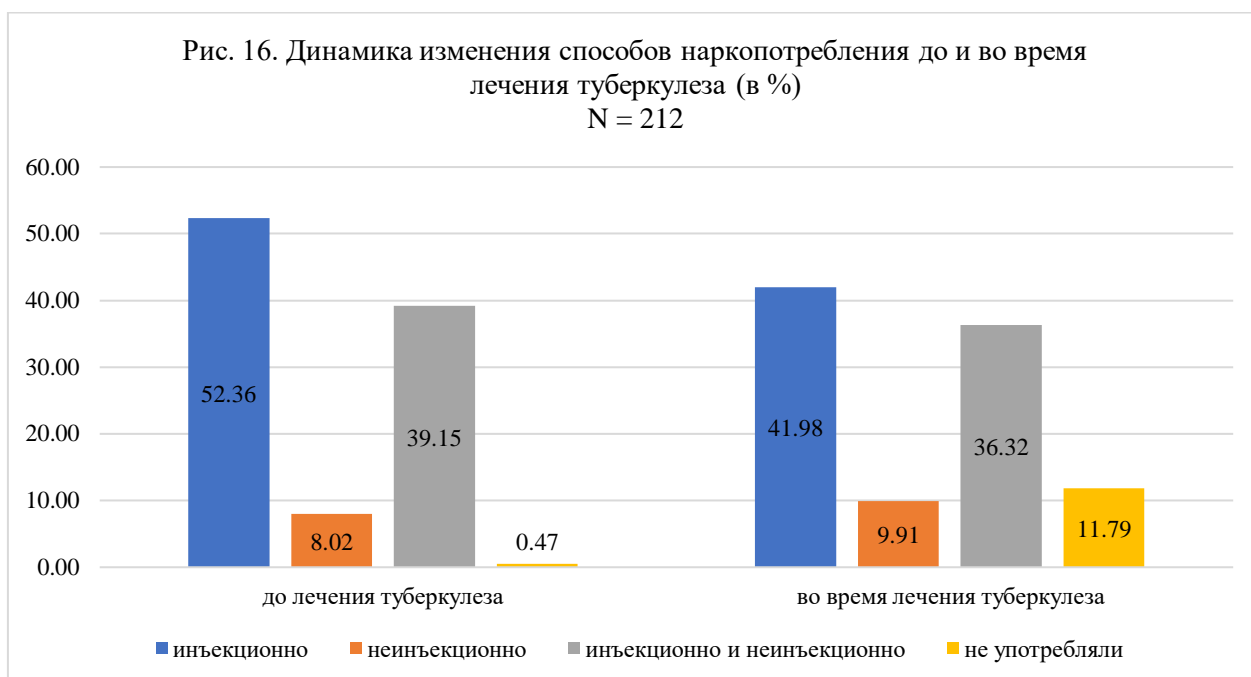
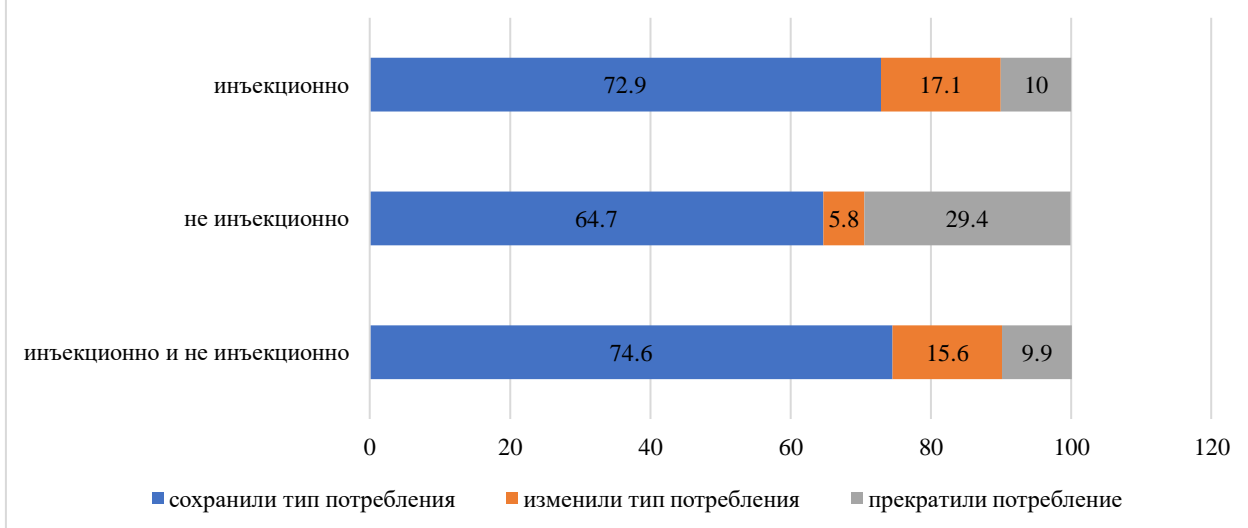


Рис. 17. Типы изменений способов потребления наркотиков во время лечения туберкулеза (в %) N = 212



5.2 Типы наркотических веществ и их употребление до и во время лечения туберкулеза

Теперь рассмотрим, как изменились типы наркотических веществ, которые респонденты употребляли до и во время лечения. Вопрос о наиболее часто используемых наркотиках был открытым, поэтому участники опроса могли назвать несколько типов ПАВ. Получив массив открытых ответов, мы выделили самые упоминаемые, а те, об употреблении которых сказали 5% и меньше, отнесли в категорию «другое».

Самым частотным ответом на вопрос об основном употребляемом наркотике являлся «героин» - его указали в форме открытого ответа 53,3% участников опроса. При этом доля потребителей героина с началом терапии ощутимо снизилась: во время лечения туберкулеза продолжили употреблять героин только 33,9% респондентов, что на 20% меньше доли употреблявших этот наркотик до лечения. Среди женщин число употреблявших героин до лечения больше, чем среди мужчин (68% к 48,7%), однако среди них также больше тех, кто отказался от потребления данного наркотика во время лечения (38% женщин продолжили употреблять героин, что на 30% меньше доли женщин, употреблявших его до лечения; среди мужчин продолжили потребление 32,7%, что меньше доли мужчин, употреблявших его до лечения, на 16%).

Вторым частотным ответом об основном наркотике до лечения туберкулеза являлись «соли» - упоминали эту группу наркотиков во множественном и единственном числе без уточнения конкретного вещества 22,6% респондентов. Число потребителей «солей» во время лечения снизилось: 17,4% респондентов вписали этот вариант в открытый вопрос об

основном наркотике во время лечения туберкулеза. Доля женщин, употреблявших «соли» до лечения, больше, чем доля мужчин (32% к 22,6% от числа каждого гендера соответственно). При этом число и женщин, и мужчин, потребляющих «соли», во время лечения туберкулеза снизилось приблизительно одинаково – от 7 до 8% (24% женщин и 15,4% продолжили потреблять соли во время лечения).

Третьим частотным ответом о предпочтительном наркотике до лечения туберкулеза стал «опиум» и близкие к нему ответы («мак», «другие опиаты»). Мы не стали их объединять в одну группу с «героином», поскольку различные вариации опиатов предполагают разные предпочтительные формы их потребления, а, значит, и разную степень сложности отказа во время лечения. Всего об «опиуме» написали в открытой форме 16,9% респондентов; среди мужчин доля респондентов, предпочитавших до лечения «опиум», значительно больше, чем среди женщин (20,3% к 6%). Во время лечения туберкулеза число потребителей опиума незначительно снизилось: всего продолжили потреблять этот наркотик 13,6% респондентов, среди мужчин доля потребителей снизилась до 17,2%, а среди женщин фактически исчезла – 2%.

В отдельную группу мы объединили часто называемые ПАВ, имеющие в некоторых странах легальный статус и применяемые перорально (курение, употребление в пищу): марихуана и иные ее названия (конопля, каннабис, план, анаша), гашиш, спайс, «курительные смеси». Об употреблении данных веществ до лечения туберкулеза ответили 13,6% респондентов. Их доля незначительно снизилась во время лечения туберкулеза (12,2%) как среди мужчин, так и среди женщин (14,8% мужчин употребляли данные ПАВ до лечения туберкулеза, продолжили употреблять во время лечения 13,5%; 10% женщин употребляли до лечения, 8% продолжили употреблять).

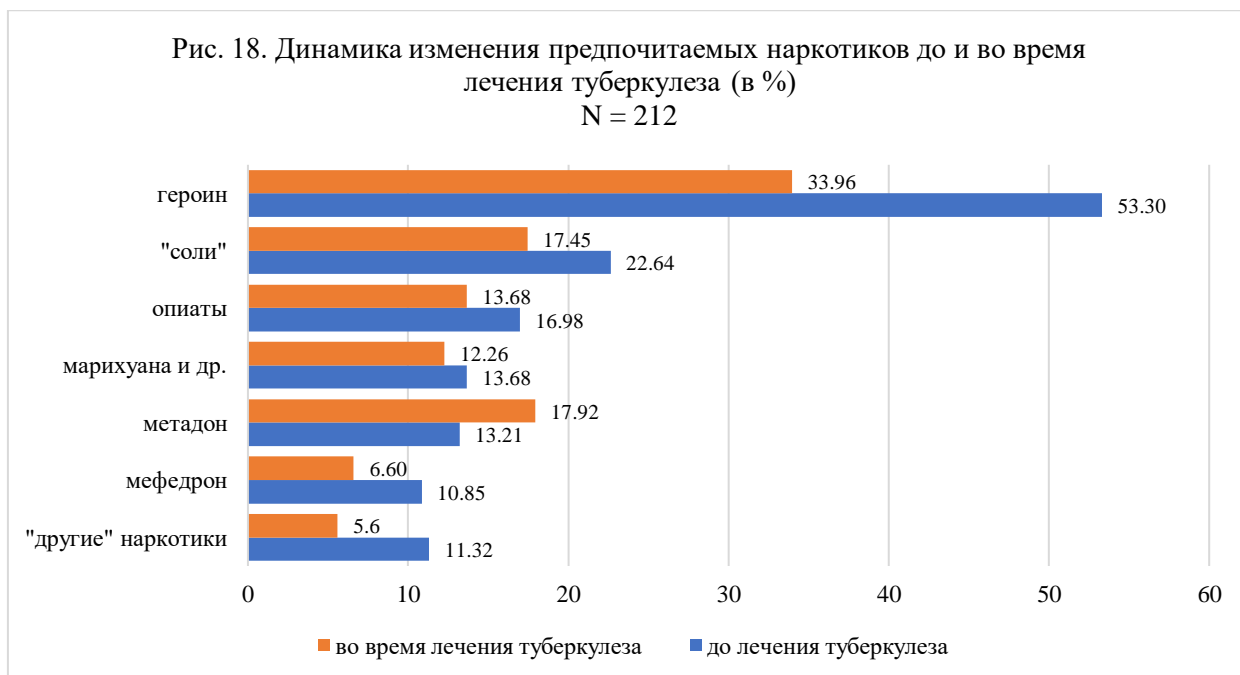
Отдельно, не в числе опиатов, наши респонденты выделяют метадон. Данный наркотик до лечения употребляли 13,2% респондентов, а во время лечения их доля выросла до 17,9%, что может быть объяснено преобладанием данного ПАВ на современной наркосцене (из-за отсутствия поставок героина из-за рубежа и более низкой стоимости), а также длительностью обезболивающего эффекта, которая значительно выше у метадона по сравнению с героином. Среди женщин доля употреблявших до лечения метадон больше, чем среди мужчин (18% к 11,7%), во время лечения у обеих групп доли потребителей метадона выросли, но среди мужчин более заметно (20% среди женщин, что на 2% больше; 17,2% - среди мужчин, что увеличило их число на 5,5%).

Также довольно распространенным наркотиком среди участников опроса является мефедрон – о нем сказала 10,8% респондентов. Данный наркотик примерно в равных долях представлен среди выборов женщин и мужчин: 10% и 11,1% соответственно. Во время

лечения от туберкулеза доля принимающих данный наркотик снизилась на 4%: 6,6% отметили, что продолжают употреблять мефедрон, при этом и среди женщин, и среди мужчин их доли почти равны – 6% и 6,7% соответственно. Употребление мефедрона требует контролируемой обстановки для достижения необходимых психоактивных эффектов, что невозможно обеспечить во время пребывания в закрытом учреждении, а отказ от него возможен без наркологической помощи.

К «другим» наркотикам, названным нашими респондентами в единичных случаях, относятся: амфетамин («скорости»), тетралгин, дезоморфин, альфа-пвп, первинтин, метилэфедрон, метилendiоксипировалерон, а также такие обобщения, как «стимуляторы», «синтетика» и легальное вещество, относимое респондентами к наркотикам – алкоголь. Всего доля респондентов, употреблявших «другие» наркотики до лечения, составляет 11,3%. Во время лечения туберкулеза их число уменьшилось в два раза: продолжили употреблять «другие» наркотики 5,6% респондентов.

Таким образом, заметнее всего после начала лечения туберкулеза среди наших респондентов снизилось потребление героина – как среди женщин, так и среди мужчин. Возможно, снижение уровня потребления героина во время лечения связано с его высокой стоимостью и сложной доступностью при стационарном лечении: в связи с ограниченной возможностью самостоятельно обеспечивать привычные практики наркопотребления, люди с туберкулезом могут рассчитывать лишь на «угощение» со стороны других наркопотребителей в диспансере или на «помощь» со стороны посещающих их друзей и родственников. Это естественным образом ограничивает потребление наркотиков. В меньшей степени с началом лечения уменьшились доли потребителей «солей», «опиатов» и мефедрона – возможно, их употребление проще организовать, находясь в стационаре, и стоимость этих наркотиков ниже, в связи с чем, возможно, легче рассчитывать на угощение. Доля потребителей марихуаны и других «курительных» ПАВ с началом лечения почти не снизилась в связи с их большей доступностью и меньшей стигматизацией в обществе, из-за чего многие наркопотребители не считают марихуану и ее производные наркотиком. Число же потребителей метадона только увеличилось. Среди женщин оказались выше доли потребительниц героина и «солей», среди мужчин – «опиатов» и марихуаны (Рис. 18 «Динамика изменения предпочитаемых наркотиков до и во время лечения туберкулеза»).



5.3 Частота употребления наркотиков до и во время лечения

Сравним, с какой частотой наши респонденты употребляли наркотики до госпитализации и во время лечения в стационаре. В этом разделе будут рассмотрены только случаи тех участников опроса, которые проходили лечения стационарно и в сочетании стационарного и амбулаторного лечения. Об амбулаторном лечении и сложностях, вызванных отсутствием стороннего контроля за наркопотреблением людей, болеющих туберкулезом, будет сказано в следующем разделе отчета.

Отвечая на вопрос о частоте потребления наркотиков респонденты выбрали следующие варианты ответа: употреблял(а) постоянно, употреблял(а) периодически, не употреблял(а). Всего о стационарном лечении туберкулеза сказали 96 респондентов (45,2% от общего числа участников опроса), а о сочетании амбулаторного и стационарного лечения – 100 человек (47,1% респондентов). Остальные проходили лечение туберкулеза только амбулаторно, и ответы о частоте употребления наркотиков во время лечения туберкулеза у них не собирались.

Удивительным образом респонденты, проходящие лечение туберкулеза как в стационаре, так и в сочетании стационарного и амбулаторного лечения, отметили «постоянное» и «периодическое» употребление наркотиков до госпитализации в приблизительно равных долях: 45,8% участников опроса от числа респондентов, проходящих лечение только стационарно, употребляли наркотики до госпитализации на постоянной основе, а 47,9% респондентов этой же группы делали это периодически. Среди респондентов, сочетающих стационарное и амбулаторное лечение, 44% употребляли

наркотики до госпитализации на постоянной основе, а 47% - периодически. Есть и те респонденты, которые отметили, что **не употребляли наркотики непосредственно перед госпитализацией**: среди тех, кто принимал лечение только стационарно, их 6,2%, а среди тех, кто лечился от туберкулеза и стационарно, и амбулаторно – 9%.

Рассмотрим, как изменилась частота употребления наркотиков у наших респондентов после госпитализации. Среди тех, **кто имел опыт только стационарного лечения**, после госпитализации **почти в два раза снизилась доля употребляющих наркотики на постоянной основе**: с 45,8% до 28,1%. Если посчитать, какое количество респондентов, привыкших к постоянному употреблению наркотиков до госпитализации, сохранили свои практики после помещения в стационар, мы увидим, что их осталось всего 50% - это значит, что другая половина людей, постоянно употребляющих наркотики, изменила частоту наркопотребления. А именно: 36,3% ранее постоянно употреблявших наркотики людей во время госпитализации в туберкулезном диспансере стали потреблять наркотики «периодически», а 13,6% отказались от наркопотребления на время нахождения в стационаре.

При этом **доля тех, кто употреблял наркотики во время пребывания в стационаре «периодически», увеличилась**: на 6,2% с 47,9%, до 54,1%. Важно отметить, что среди тех, кто и до госпитализации употреблял наркотики с определенной периодичностью, сохранили частоту потребления не все, но большинство - 76%, при этом каждый десятый стал потреблять наркотики постоянно, а не периодически (10,9%), а 13% прекратили свои практики на время госпитализации. Доля респондентов, потребляющих наркотики в стационаре «периодически» увеличилась за счет тех, кто сократил частоту потребления с «постоянного» на «периодическое».

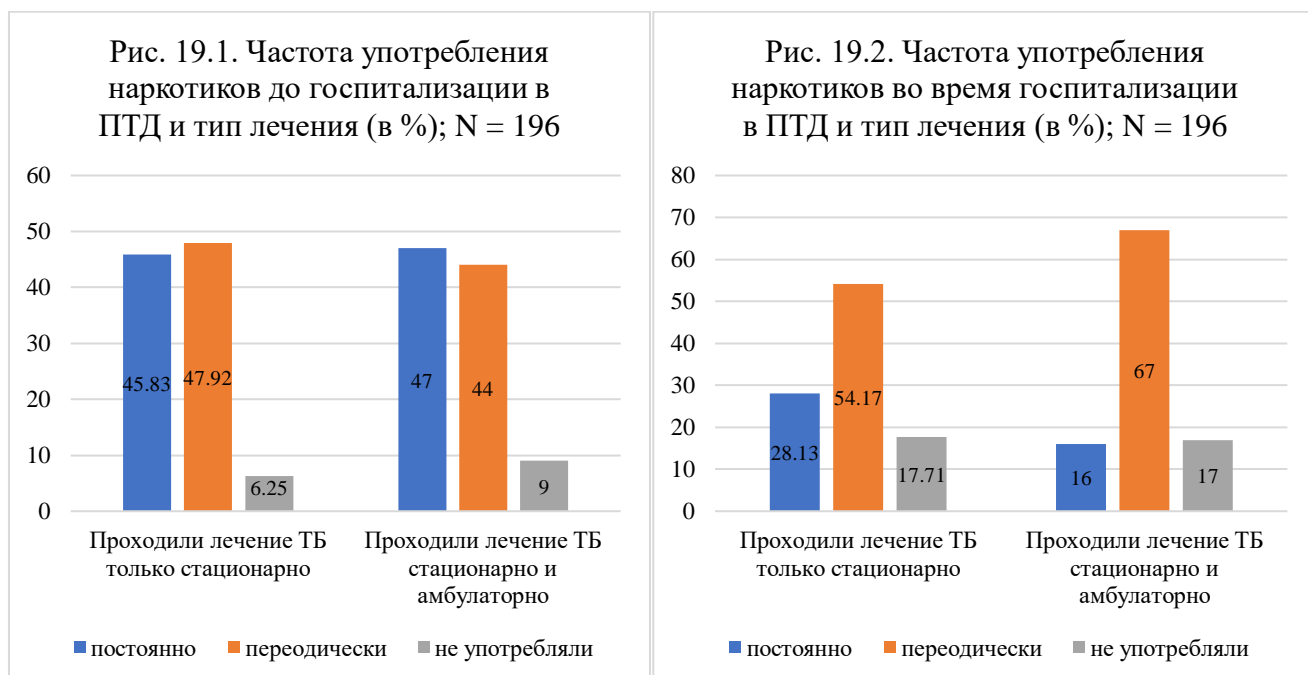
В итоге респонденты, проходящие лечение только стационарно и привыкшие к «периодическому» наркопотреблению, оказались менее склонными к изменению своих привычек: среди них больше доля респондентов, сохранивших частоту потребления (76% к 50%), присутствует доля респондентов, увеличивших частоту наркопотребления (10,9%), но число отказавшихся от потребления равно числу участников опроса, ранее употреблявших наркотики постоянно (13%).

Среди респондентов, **имевших опыт и амбулаторного, и стационарного лечения**, тенденции изменения частоты употребления наркотиков при госпитализации сохраняются и усиливаются. Доля респондентов, до госпитализации употреблявших наркотики на постоянной основе, во время госпитализации **снизилась более, чем в два раза**: с 44% до 16%, при этом продолжили употреблять наркотики «постоянно» также всего 16% респондентов (от числа тех, кто ответил, что ранее потреблял наркотики «постоянно»). Это

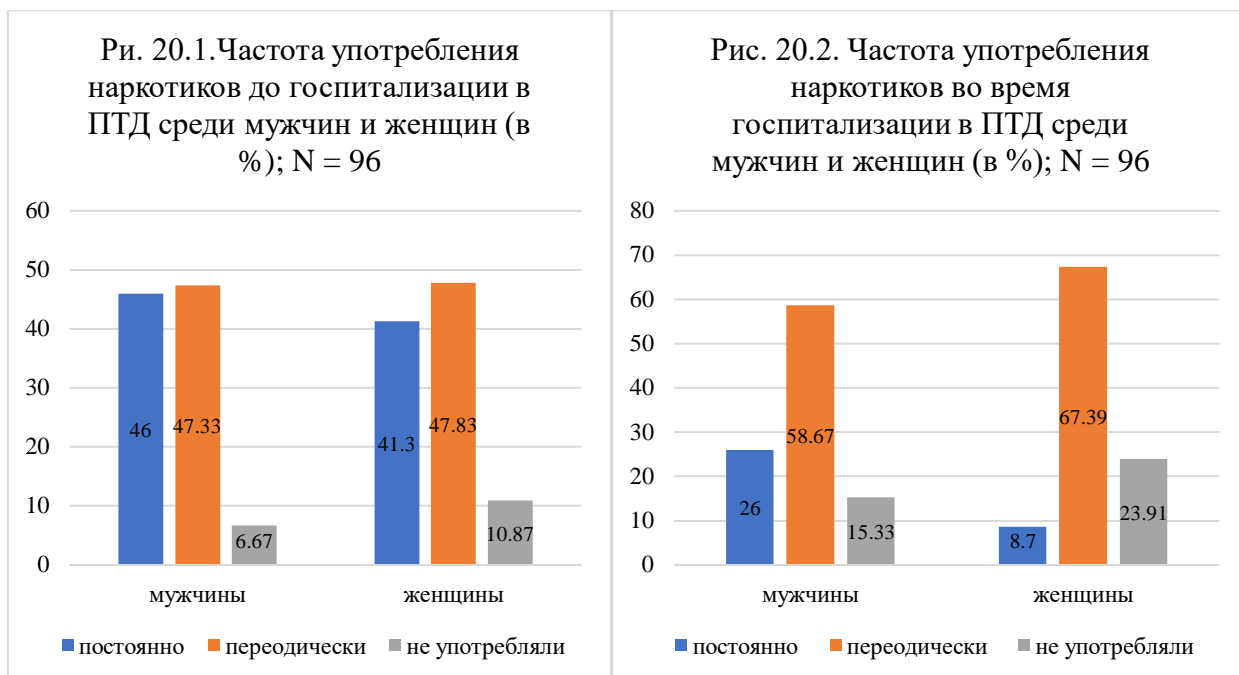
значительно меньшее число людей по сравнению с теми респондентами, кто привык употреблять наркотики постоянно, но имел опыт только стационарного лечения: вспомним, что из их числа свою привычку потреблять «постоянно» сохранили после госпитализации 50% респондентов. Это может быть объяснено тем, что респонденты, имеющие опыт и стационарного, и амбулаторного лечения дольше живут с диагнозом туберкулеза (эта статистика будет подробно описана в следующем разделе), а потому имеют больше опыта госпитализаций в туберкулезном диспансере и знают, как снизить остроту абстинентного синдрома). Кроме того, простота наркопотребления во время амбулаторного лечения может создавать потребность в большем самоограничении во время госпитализации в туберкулезном диспансере для достижения лучших результатов лечения. При этом 52% респондентов, до госпитализации употреблявших наркотики на постоянной основе, во время госпитализации перешли на «периодическое» потребление, а 11,3% прекратили потреблять наркотики во время стационарного лечения – на 2% меньше, чем число прекративших наркопотребление среди респондентов, имеющих опыт только стационарного лечения и ранее потреблявших наркотики постоянно.

Доля же респондентов, имевших амбулаторный и стационарный опыт лечения и потребляющих наркотики на периодической основе, **увеличилась после госпитализации на 20%**, с 47% до 67%, что значительно превышает увеличение той же доли от числа респондентов, имевших только стационарный опыт лечения. Почти все респонденты, употреблявшие наркотики периодически до госпитализации, сохранили частоту своего потребления: 91,4% участников опроса от их числа так и продолжили употреблять наркотики «периодически» во время лечения, а оставшиеся 8,6% прекратили потребление во время пребывания в стационаре (что также меньше доли тех, кто перестал потреблять наркотики после госпитализации, но имел опыт только стационарного лечения – ср. 13%). Такая разница тоже может объясняться большим опытом респондентов: многократные госпитализации, длительный опыт жизни с туберкулезом, амбулаторный опыт лечения – все это обучает респондентов не только контролировать наркопотребление, но и более равнодушно относиться к нарушениям правил нахождения в стационаре. Кроме того, одним из способов борьбы с абстинентным синдромом при отсутствии медикаментозной поддержки наркозависимых и качественных консультаций с наркологом является снижение доз и частоты потребления наркотиков, а также переход на более «легкие» ПАВ. Поскольку опытные наркозависимые люди с туберкулезом хорошо знакомы с этапами госпитализации, для них не составляет труда продолжать периодическое наркопотребление в стенах туберкулезного диспансера и помогать в этом менее опытным людям, потребляющим наркотики (Рис. 19.1 «Частота употребления наркотиков до госпитализации в ПТД и тип

лечения», рис. 19.2 «Частота употребления наркотиков во время госпитализации в ПТД и тип лечения»).



Коротко отметим, что **среди женщин число сокративших наркопотребление после госпитализаций больше, чем среди мужчин** (без разделения на опыт стационарного и амбулаторного лечения): после госпитализации доля женщин, употребляющих наркотики на постоянной основе, сократилась в пять раз - с 41,3% до 8,7%, а доля мужчин, придерживающихся той же частоты потребления, чуть менее, чем в два раза – с 46% до 26%. Также среди женщин больше доля людей, прекративших потребление во время госпитализации по сравнению с мужчинами: 23,9% к 15,3%. В тоже время среди женщин больше доля тех, кто во время пребывания в стационаре стал употреблять наркотики «периодически» (67,3% к 58,6% среди мужчин), однако стоит отметить, что увеличение долей людей, употребляющих наркотики «периодически» после госпитализации, произошло среди респондентов в пределах равных интервалов – стало больше на 10% (у мужчин увеличилась с 47,3% до 58,6%, у женщин – с 47,8% до 67,3%) (Рис. 20.1 «Частота употребления наркотиков до госпитализации в ПТД среди мужчин и женщин», рис. 20.2 «Частота употребления наркотиков во время госпитализации в ПТД среди мужчин и женщин»).



Интересным образом сочетаются полученные данные об увеличении числа респондентов, периодически употребляющих наркотики во время госпитализации, и корреляции результативности лечения туберкулеза с частотой употребления наркотиков. Так, среди респондентов, до госпитализации употребляющих наркотики периодически, **преобладает доля тех, кто успешно завершил лечение туберкулеза: 62,3%** отметили, что завершили лечение, в то время как 37,6% сделать это успешным образом не удалось. Среди респондентов, до госпитализации употреблявших наркотики на постоянной основе, завершивших лечение меньше: 44,3% отметили, что успешно завершили стационарное лечение туберкулеза, а 55,6% не смогли пройти госпитализацию до конца. Интересно, что среди людей, не употреблявших наркотики до госпитализации, процент успешного завершения лечения еще ниже: всего четверть респондентов отметила, что смогла пройти последнее стационарное лечение до конца (26,6%), а у большинства – 73,3% - последнее лечение в стационаре не завершилось успехом. Полный отказ наркозависимого человека от наркотиков, как и отсутствие регуляции частоты потребления, негативно сказывается на результатах лечения в связи с абстинентным синдромом, который в большинстве стационаров не купируют с помощью специализированного медикаментозного лечения. Стигматизация и самостигматизация серьезно ограничивает возможности получения наркологической помощи людьми, употребляющими наркотики и лечащими туберкулез. То, что среди наших респондентов существует доля ответов об отказе от наркотиков до госпитализации, но при этом отсутствие корреляции отказа и успешного лечения говорит лишь о том, что радикальная самостоятельная борьба человека с двумя болезнями

одновременно не имеет тех эффектов, на которые он, возможно, надеется, принимая подобные решения.

В случаях отказа от употребления наркотиков на время пребывания в стационаре шанс на успешное завершение лечения становится выше, но все еще недостаточным: **почти половина, 47% респондентов, отметили, что отказались от наркотиков на время лечения и успешно завершили его при последней госпитализации.** Тем не менее, больше половины, несмотря на отказ, не смогли завершить лечение (52,9%). Среди тех, кто продолжил постоянно употреблять наркотики, находясь в стационаре, доля людей, успешно завершивших лечение туберкулеза, ниже, чем среди тех, кто постоянно употреблял до госпитализации: всего 37,2% смогли завершить лечение успешно, а 62,7% отметили в анкете свой неуспех. Все также **самый благоприятный исход показали те респонденты, которые продолжили употреблять наркотики в стационаре, но делали это периодически: 57,9%** завершили лечение при последней госпитализации, и меньше половины – 42% - не смогли этого сделать. Вероятно, возможность поддержать себя редкими дозами наркотиков дает людям больше сил на прохождение лечения: не столь интенсивное проявление абстинентного синдрома, более привычный ритм жизни, возможность поддержать коммуникацию с другими пациентами через совместные практики – все это можно было бы организовать в рамках закона, путем закупки специализированных препаратов и помощи врачей-наркологов (Рис. 21.1 «Частота употребления наркотиков до госпитализации и завершение лечения ТБ», рис. 21.2 «Частота употребления наркотиков во время госпитализации и завершение лечения ТБ»).

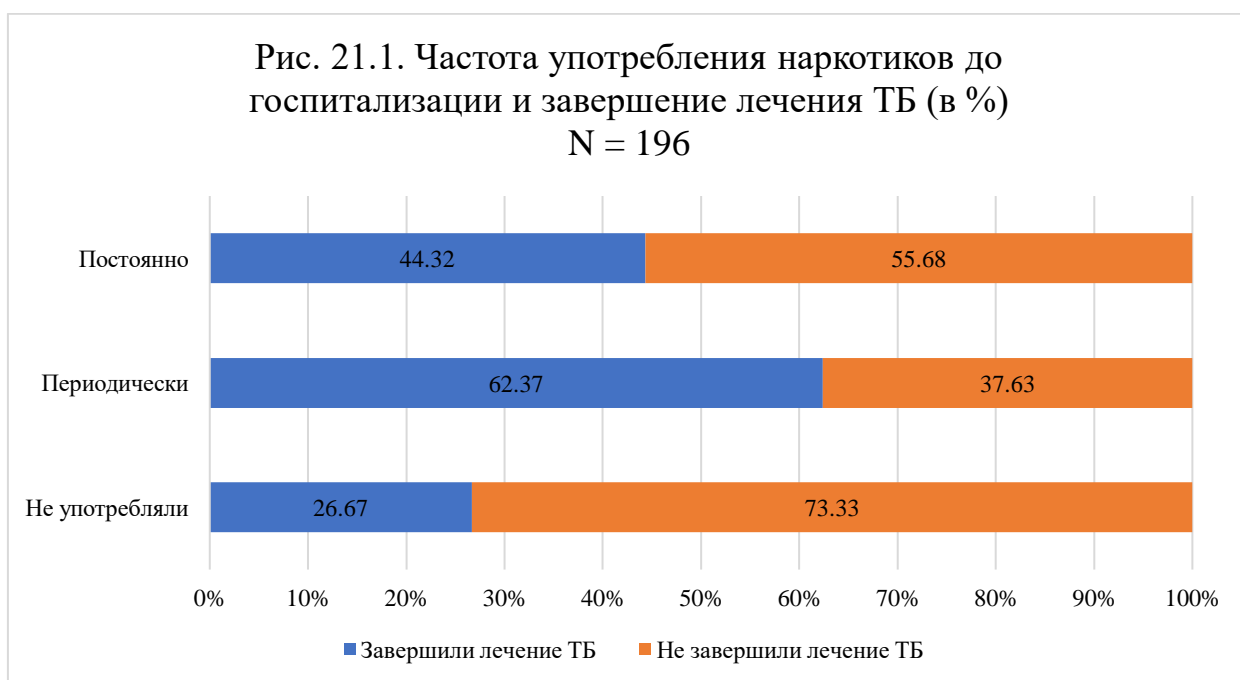
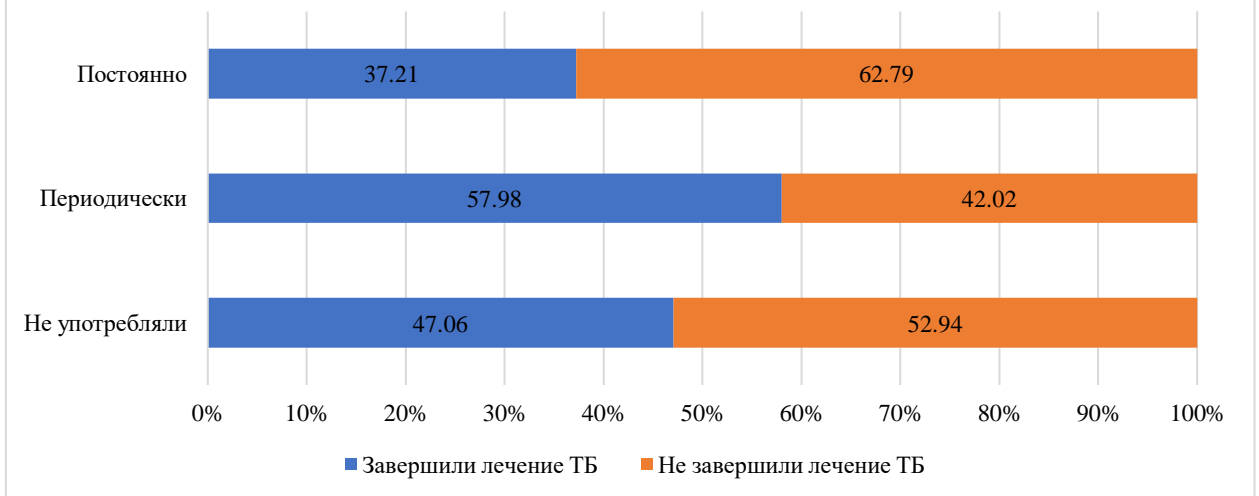


Рис. 21.2. Частота употребления наркотиков во время госпитализации и завершение лечения ТБ (в %) N = 196



О недостатке помощи подобного рода в туберкулезных диспансерах говорят, в том числе, полученные данные. Так, **консультация нарколога была предложена всего 18,7%** участников нашего опроса, а получила ее только половина из их числа (47%): остальные либо просто не получали наркологической помощи (41,1%), либо отказались от нее в связи со страхом (11,7%). Маргинализированное положение людей, употребляющих наркотики, «неуважительность» такой причины нарушения протоколов лечения, как абстинентный синдром и другие выражения физической и психологической зависимости – все это ставит барьеры в лечении туберкулеза у людей, употребляющих наркотики. При часто встречающемся в их кругах низком уровне заботы о своем теле и психике, а также при высоком уровне недоверия к представителям государственных институтов, неправильно ожидать, что люди, употребляющие наркотики, сами будут обращаться за специализированной наркологической помощью: самостоятельное подавление различных физических и психологических болезненных проявлений путем осуществления криминальных практик будет являться наиболее распространенным, но недостаточно эффективным способом повышения приверженности лечения туберкулеза (Рис. 22.1 «Ответы на вопрос "Предлагали ли вам пройти консультацию врача-нарколога при поступлении в противотуберкулезный стационар?"», рис. 22.2 «Ответы на вопрос "Прошли ли вы консультацию врача-нарколога?"»).

Рис. 22.1. Ответы на вопрос "Предлагали ли вам пройти консультацию врача-нарколога при поступлении в противотуберкулезный стационар?" (в %) N = 181

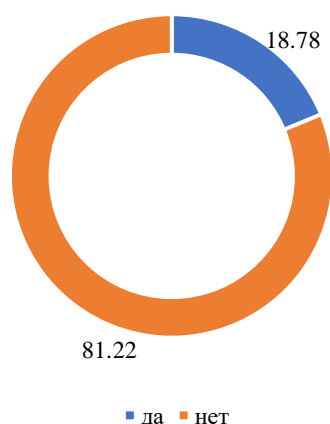
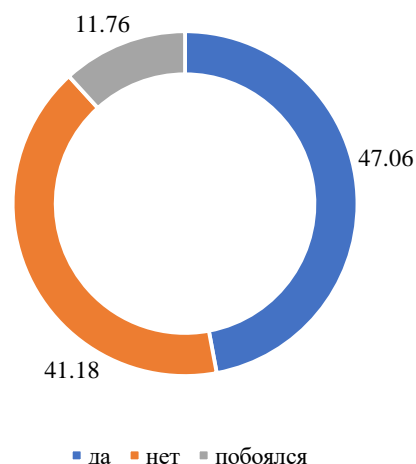


Рис. 22.2. Ответы на вопрос "Прошли ли вы консультацию врача-нарколога?" (в %) N = 34



То же самое можно сказать о столь востребованном, судя по связи периодического потребления наркотиков и результативности лечения, медикаментозном лечении в связи с употреблением наркотиков. Среди наших респондентов медикаментозное лечение получали только 6,1% участников опроса. Не получало его абсолютное большинство, 85,8% респондентов, в то время как действительно не нуждалось в подобном лечении всего 8% (по словам самих респондентов). Неудивительно, что имея, в большинстве своем, многолетний опыт потребления наркотиков – напомним, что большая часть респондентов употребляет наркотики более 10 лет – и не получая медикаментозной помощи в связи с наркозависимостью, люди, употребляющие наркотики, страдают от абстинентного синдрома и не находят другого выхода, как покидать стационар в поисках дозы, употреблять ее в пределах государственного института, пропускать назначенные лекарства в связи с употреблением, скрывать данный факт от врачей из-за страха быть исключенным из программы лечения и, в итоге, либо условно успешно завершать свое пребывания в стационаре, имея на счету множественные нарушения протоколов лечения, либо вовсе покидать стационар раньше времени.

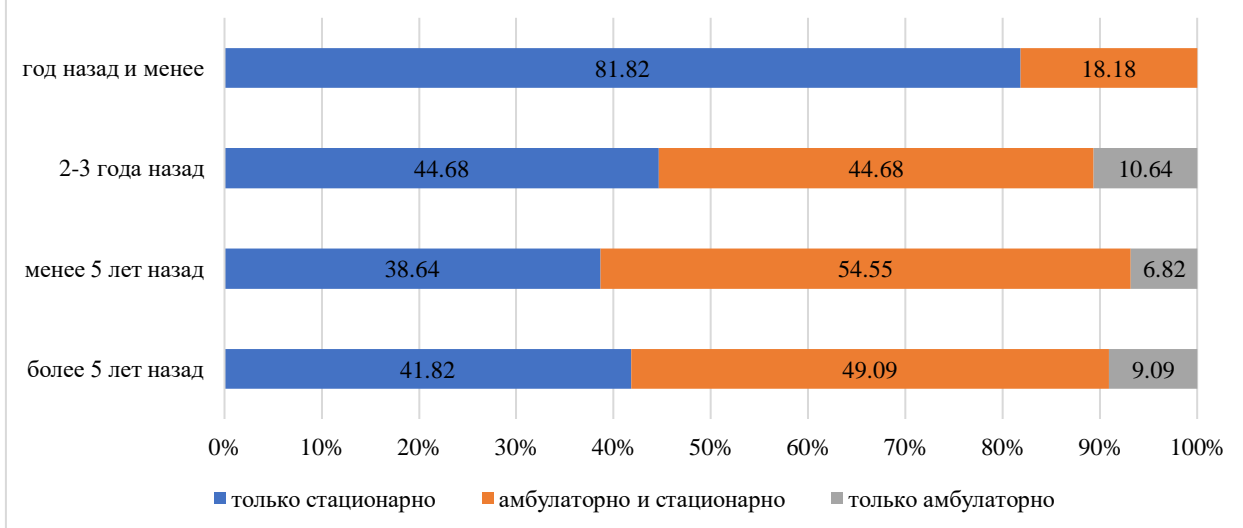
Раздел 6. Стационарное и амбулаторное лечение туберкулеза

Как уже было написано в предыдущем разделе, спрашивая о том, где наши респонденты проходили лечение туберкулеза, мы предлагали им три варианта ответа: амбулаторно, в стационаре, в стационаре и амбулаторно. Только амбулаторное лечение в своей истории борьбы с туберкулезом проходила наименьшая доля респондентов – 7,5%. Только в стационаре лечила туберкулез почти половина участников опроса – 45,2% респондентов. Другая половина имела опыт и амбулаторного, и стационарного лечения – 47,1%. Среди мужчин и женщин разницы в распределении этих долей почти нет (женщины: 8%, 44%, 48% соответственно; мужчины: 7,4%, 45,6%, 46,9% соответственно).

Однако, существует другая корреляция, отразившаяся на представленных выше данных об изменениях в частоте употребления наркотиков респондентами, имеющими опыт только стационарного и стационарного и амбулаторного лечения вместе. Это корреляция места, в котором респонденты проходили лечение туберкулеза, и давности постановки их диагноза. Так, **респонденты, обнаружившие туберкулез менее года назад, чаще всего отвечают, что проходили его лечение только стационарно – 81,8%** от их числа отвечает таким образом, и только 18,1% говорят, что проходили лечение и стационарно, и амбулаторно (только амбулаторное лечение не выбирает ни один респондент со стажем болезни меньше года). Те респонденты, которые знают о своем диагнозе 2-3 года, в равных долях **отмечают как стационарное, так и сочетание стационарного и амбулаторного лечения туберкулеза (44,6% в обоих случаях)**. При этом каждый десятый, болеющий туберкулезом 2-3 года, проходил лечение только амбулаторно (10,6%). Среди респондентов оставшихся двух групп – те, кто знают о наличии туберкулеза менее пяти и более пяти лет – **преобладают доли тех, кто проходил лечение стационарно и амбулаторно (54,5% и 49% соответственно)** (Рис. 23 «Соотношение срока давности постановки диагноза туберкулеза и местом прохождения лечения туберкулеза»).

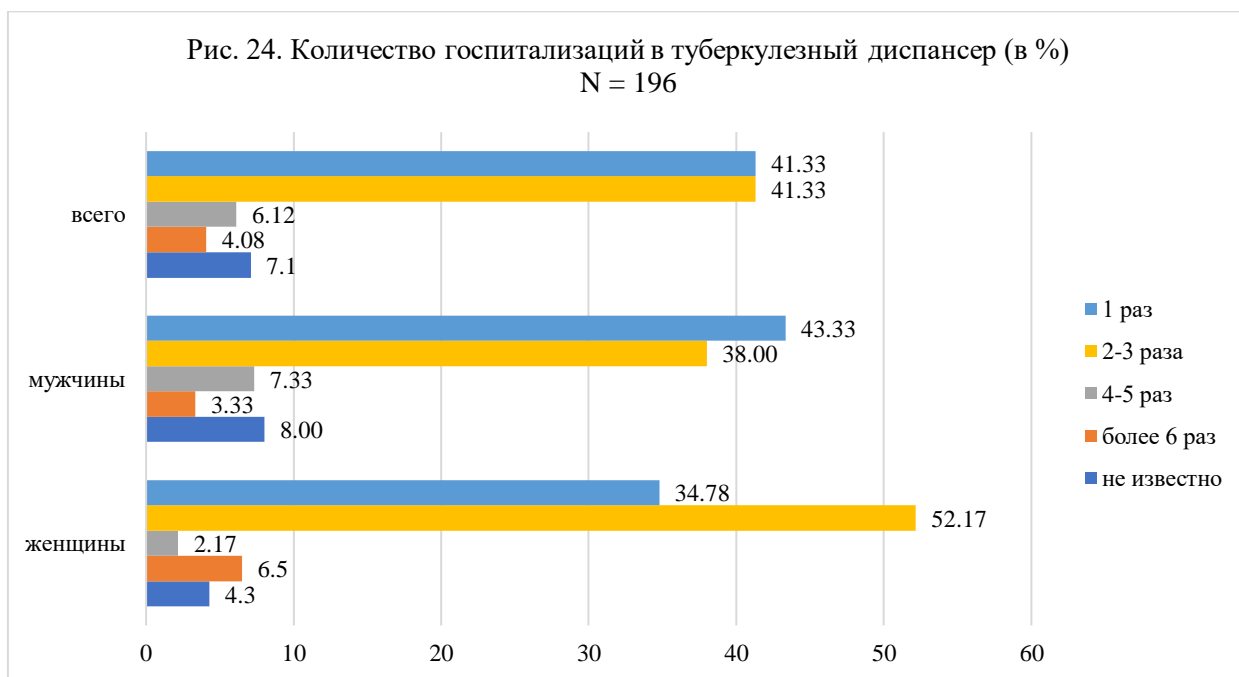
Рис. 23. Соотношение срока давности постановки диагноза туберкулеза и местом прохождения лечения туберкулеза (в %)

N = 212



6.1 Частота и длительность госпитализаций в стационар

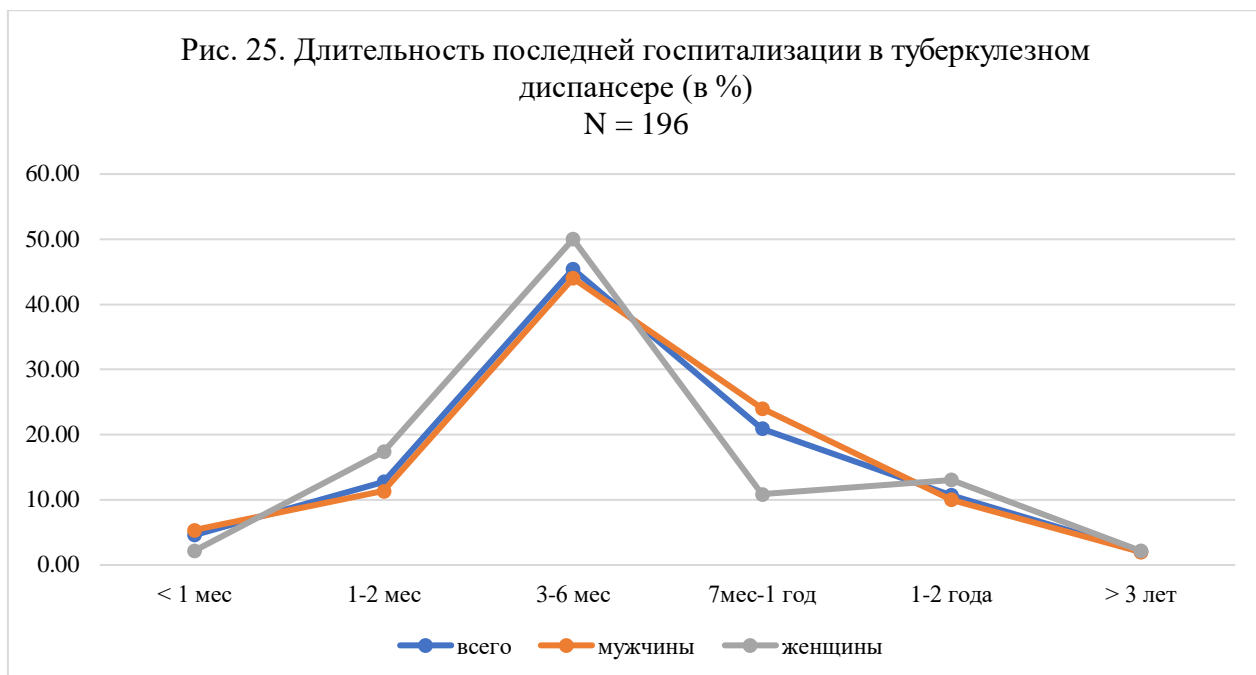
Наиболее распространенными ответами о том, сколько раз респондентам приходилось лечиться от туберкулеза в стационаре, является ответ «1 раз» и «2-3 раза» - 41,3% в каждом случае (от числа всех респондентов, проходивших лечение стационарно и стационарно и амбулаторно). При этом, как уже было замечено выше, только стационарное лечение свойственно для тех респондентов, которые не так давно получили диагноз туберкулеза: так, 51% респондентов, проходивших лечение только стационарно, проходили его всего 1 раз (2-3 раза проходили 34,3% от их числа), а среди респондентов, имевших и амбулаторный, и стационарный опыт лечения, число людей, госпитализированных 2-3 раза, превосходит число тех, кто пребывал на лечении только один раз (48% к 32% соответственно). Также отметим, что **среди женщин распространена более частая госпитализация**, чем среди мужчин: 52,1% женщин отметили, что имели опыт 2-3 госпитализаций (1 госпитализация распространена среди 34,7% женщин), а среди мужчин 2-3 госпитализации встречаются в опыте 38% респондентов (1 госпитализация распространена среди 43,3% мужчин). Такая разница может быть обоснована различиями в семейном положении мужчин и женщин: вспомним, что среди женщин, поучаствовавших в опросе, больше респонденток, состоящих в партнерских отношениях. Большая ответственность перед семьей и возможность прервать трудовую деятельность ради госпитализации может благоприятно сказываться на большей приверженности лечению, в том числе, стационарному (Рис. 24 «Количество госпитализаций в туберкулезный диспансер»).



Говоря о длительности времяпрепровождения в стационаре при последней госпитализации, респонденты чаще всего отмечают, что находились (или находятся) там в течение **3-6 месяцев** – 45,4% от всех респондентов, имевших опыт лечения в стационаре. Среди женщин их доля выше: половина респонденток женского пола отмечает, что при последней госпитализации провела в стационаре 3-6 месяцев (50%), в то время как среди мужчин их доля составляет 44%.

На втором месте по распространенности время пребывания в стационаре **от 7 месяцев до 1 года** – пятая часть респондентов обозначила длительность своей госпитализации в этом промежутке (20,9% респондентов). Среди мужчин их доля больше: почти каждый четвертый респондент мужского пола потратил на последнюю госпитализацию от 7 месяцев до 1 года (24% от числа мужчин), в то время, как среди женщин их доля госпитализированных на столь большой срок в два раза меньше (10,8% от числа женщин).

На третьем месте – срок пребывания в течение **1-2 месяцев** (12,7% от общего числа респондентов). Среди женщин доля респонденток, пробывших на последней госпитализации 1-2 месяца, больше, чем среди мужчин: 17,3% к 11,3%. При этом каждый десятый респондент задерживался на последней госпитализации **на 1-2 года** (10,7%), и доля ответивших на вопрос о длительности последнего лечения в стационаре, таким образом, снова выше среди женщин, хотя и не так значительно – 13% к 10% среди мужчин (Рис. 25 «Длительность последней госпитализации в туберкулезном диспансере»).



6.2 Частота нарушений протоколов лечения в туберкулезном стационаре

Мы просили респондентов оценить, как часто им или их друзьям случалось нарушать различные режимные правила, установленные в стационаре: получение АРВ-терапии, пропуск различных препаратов (противотуберкулезных, АРТ), прием наркотиков и алкоголя, покидание стационара и досрочная выписка в связи с различными причинами. Респонденты оценивали частоту подобных происшествий по четырех балльной шкале от «ни разу» до «регулярно». Им также предлагался вариант «неприменимо», который чаще всего использовался при оценке ситуаций, связанных с АРВ-терапией, и отмечался теми людьми, которым она не была назначена.

Почти половина участников опроса отметили, что ни разу не сталкивались с такими ситуациями нарушения лечения, как невозможность получить АРТ, досрочная выписка из диспансера из-за употребления наркотиков или иных нарушений больничного режима (51,5%, 40,8% и 46,9% соответственно). Для этих же трех видов нарушений свойственно уменьшение долей ответов с увеличением частоты названных случаев: если «однажды» не смогли получить АРТ 16,3% респондентов, то «регулярно» с такой проблемой сталкивались всего 2% участников опроса. Досрочная выписка из стационара в связи с употреблением наркотиков «однажды» случалась почти с третью респондентов – 30,1% отметили этот вариант ответа; однако «регулярно» досрочно покидают стационар из-за употребления наркотиков единицы – 4,5% респондентов. Досрочная выписка из стационара за иные нарушения больничного режима случалась «однажды» почти с четвертью респондентов –

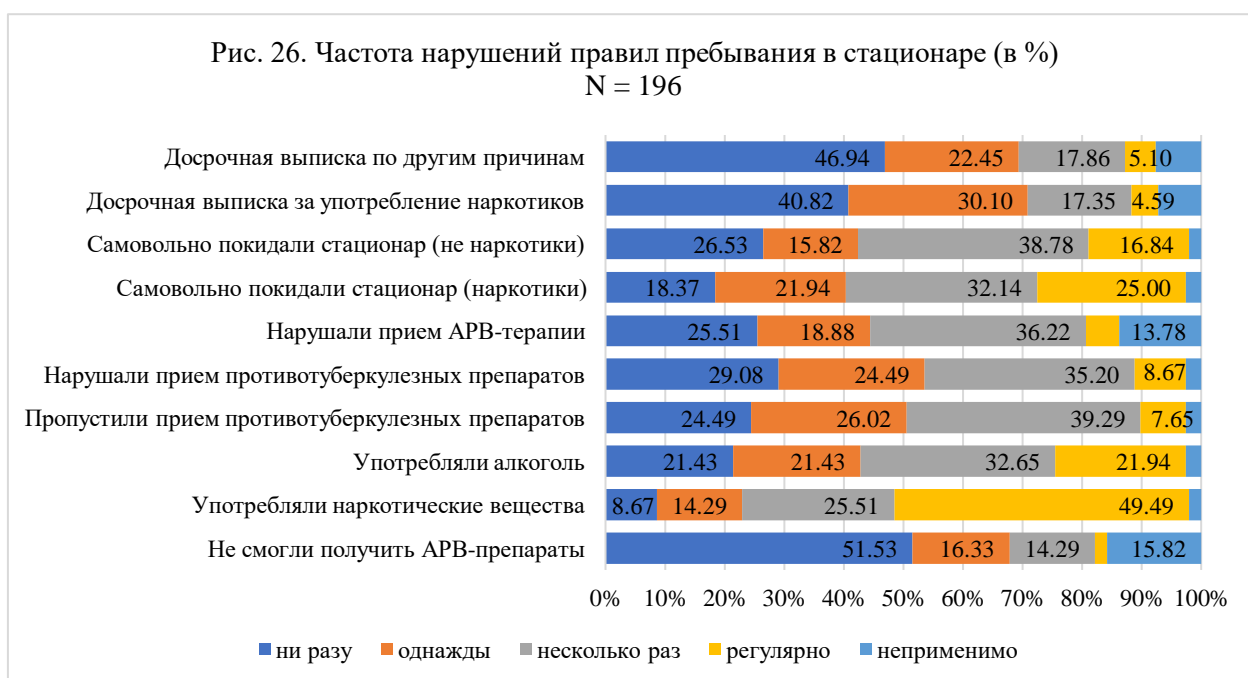
22,4% участников опроса сталкивались с такой ситуацией хотя бы раз. На регулярной же основе с этой проблемой сталкиваются всего 5,1% респондентов.

Зеркальная картина наблюдается для нарушения, связанного с употреблением наркотиков во время стационарного лечения: 49,4% респондентов отметили, что они и их друзья делали это на регулярной основе во время госпитализаций. С уменьшением частоты наркопотребления в стационаре уменьшаются и доли респондентов: так, «несколько раз» нарушали режим подобным образом четверть респондентов (25,5%), употребляли наркотики в стационаре «однажды» 14,2%, а «ни разу» этого не делали 8,6% участников опроса. Получается, что люди, употребляющие наркотики, во время лечения туберкулезном диспансере, несмотря на все ограничения режима, находят способы для наркопотребления, причем, делают это на регулярной основе в половине случаев, но очень редко или никогда получают за это санкции в форме досрочной выписки из стационара. Далее мы увидим, как этот парадокс объясняют сами респонденты, говоря об основных проблемах во время стационарного лечения туберкулеза.

Что касается **нарушения предписаний лечения** (прием противотуберкулезных препаратов, АРТ), такие ситуации за время госпитализаций как правило происходили с нашими респондентами по несколько раз, но не на регулярной основе. Больше трети участников опроса несколько раз пропускали прием противотуберкулезных препаратов (39,2%), но регулярно с этой проблемой сталкивалось всего 7,6% респондентов. Треть респондентов несколько раз нарушала предписанный врачом режим приема противотуберкулезных препаратов (35,2%), но регулярно с этой проблемой сталкивалось только 8,6%. То же можно сказать о нарушении приема АРТ – треть респондентов делала это несколько раз (36,2%), но регулярно с этой проблемой сталкивались всего 5,6%. О причинах нарушения предписаний лечения мы поговорим подробнее, когда будем рассматривать основные проблемы лечения туберкулеза в стационаре для наших респондентов.

Для остальных проблем, о которых мы спрашивали респондентов, свойственно более или менее равное распределение долей ответов о разной частотности происходящих ситуаций. Хотя на вопрос о самовольном покидании стационара как для поисков наркотиков, так и по другим причинам, большая часть респондентов выбирает частотность «несколько раз» (32,1% в случае поиска наркотиков, 38,7% в случае иных причин), можно заметить популярность и иных выборов для данных проблем. Так, четверть респондентов отмечает, что покидала стационар для поиска наркотиков регулярно (25%), 21,9% - что делали это однажды, а 18,3% - что не делали этого никогда. Также и в случае с покиданием стационара по иным причинам: четверть респондентов говорит, что никогда этого не делала

(26,5%), и приблизительно равные доли расходятся в ответах о том, что делали это «однажды» и «регулярно» (15,8% и 16,8% соответственно). В случае же вопроса о частоте употребления алкоголя во время стационарного лечения доли ответов распределились почти равномерно по всем вариантам ответов («ни разу» - 21,4%, «однажды» - 21,4%, «несколько раз» - 32,6%, «регулярно» - 21,9%). Отсюда мы можем сделать вывод о том, что для данных видов нарушений на нашей выборке проследить какие-либо тренды не удастся – поведенческие паттерны отличаются от респондента к респонденту и во многом зависят от субъективных факторов (Рис. 26 «Частота нарушений правил пребывания в стационаре»).



6.3 Основные трудности лечения туберкулеза в стационаре

Мы предлагали респондентам форму открытого ответа об основных трудностях, с которыми они столкнулись при лечении туберкулеза в стационаре. В ходе контент-анализа полученные ответы разделены на четыре категории, описывающие основные барьеры стационарного лечения туберкулеза для людей, употребляющих наркотики:

1. Отсутствие наркологической помощи;
2. Особенности медикаментозного лечения;
3. Условия содержания в специализированных туберкулезных диспансерах для ЛУН;
4. Качество предоставляемых медицинских услуг.

Различные варианты проблем, описывающих первый барьер лечения туберкулеза у людей, употребляющих наркотики, выражены в ответах 45,9% респондентов – **почти**

половина участников опроса так или иначе столкнулась с проблемами отсутствия наркологической помощи при лечении туберкулеза. Среди проблем этой группы был назван абстинентный синдром, во время которого возникают тяжелые физические эффекты, повышается потребность в наркотиках и снижается мотивация лечения – эту проблему назвали 14,8% респондентов (от общего числа участников опроса). Каждый десятый дополнил эту проблему иными акцентами: 11,2% респондентов сказали, что им было особенно сложно соблюдать режим учреждения из-за невозможности надолго отлучиться в поисках наркотиков для преодоления абстинентного синдрома, а 10,7% отметили, что сочетание лечения и наркопотребления в целом далось им очень тяжело из-за множества разнообразных эффектов и психологических трудностей. 8,1% респондентов отметили, что единственной помощью нарколога являлись консультации, которые не помогали преодолеть физические трудности наркозависимости, в то время как медикаментозная помощь для преодоления наркотической зависимости могла бы помочь в борьбе с абстинентным синдромом (обезболить его физические проявления), сняла бы вопрос о поиске дозы ради улучшения своего состояния и улучшила бы психологическое состояние пациентов, позволив сосредоточиться на лечении туберкулеза.

Различные варианты проблем, связанных со вторым барьером – медикаментозным лечением туберкулеза у людей, употребляющих наркотики, – были названы 39,2% респондентов. Самая волнующая из них – **длительность лечения** (14,2%). Как мы видели ранее, чаще всего респонденты оказываются на лечении в стационаре на 3-6 месяцев без возможности покинуть туберкулезный диспансер, видаться с семьей и менять обстановку. Позволить себе прервать обыденную жизнь на столь длительный срок может не каждый, и это в том числе сказывается на материальном положении больных туберкулезом: вспомним, что большинство из наших респондентов вынуждены не работать на постоянной работе, а лишь подрабатывать, а также получать содержание за счет государственных выплат. Возможно, здесь же кроется ответ на вопрос об их семейном положении: немногие партнеры готовы строить семью с людьми, имеющими три серьезных заболевания (ТБ, ВИЧ-инфекция и наркозависимость), а при условии периодических расставаний от 3 до 6 месяцев даже самый крепкий союз может быть разрушен встреченными трудностями. 10,7% респондентов жалуются на **побочные эффекты** от лечения: противотуберкулезные препараты, особенно в сочетании с АРВТ, оказывают негативное влияние на печень, почки и другие органы, и без того поврежденные наркотическими веществами, а головокружение, тошнота и другие последствия их приема делают переживание абстинентного синдрома еще более тяжелым. 8,6% респондентов называют такую проблему, как **количество одновременно принимаемых препаратов** – мы уже видели ранее, что несколько раз за

время пребывания в стационаре треть респондентов и более нарушает предписания медикаментозного лечения, что может быть связано как раз с количеством препаратов, которые им необходимо принимать. В тяжелом состоянии, созданном сочетанием эффектов абстинентного синдрома и побочных эффектов препаратов, пациентам туберкулезных диспансеров может быть физически трудно помнить и выполнять все назначения врача по приёму препаратов.

О проблемах, образующих третий барьер стационарного лечения туберкулеза, высказалась четверть от всех респондентов (25%). Наиболее проблематичным условием содержания в стационаре для них оказался **контингент окружающих пациентов** – об этом сказали 11,2% участников опроса. Респонденты писали в открытой форме ответа, что на эффективность их лечения негативно влияет окружение других ЛУН, активно употребляющих в стенах стационара различные ПАВ и алкоголь. Взаимные угощения только увеличивают частоту наркопотребления среди лечащих туберкулез, а конфликты среди пациентов, не регулируемые персоналом, создают прецеденты для покидания стационара раньше срока. Другие, не столь распространенные, но важные проблемы – **отсутствие досуга** (4,5%) и **ощущение изоляции** от привычного социума (3,5%). Скука и тоска также подталкивает пациентов к поиску наркотиков, а погружение в среду с низким разнообразием социализирующих практик только закрепляет негативные паттерны поведения и склоняет людей к самостигматизации.

К барьеру, связанному с качеством предоставляемых услуг, респонденты относят такие проблемы, как: сложности в коммуникации с врачом и персоналом – 9,6%, невозможность получения АРТ – 4%, малое количество внимания врачей – 2,5% и др. Сложности в коммуникации вызывают непонимание протоколов лечения, нарушения режима, конфликты с работниками туберкулезного диспансера; при этом те респонденты, которые описывали эти сложности подробнее, говорили о стигматизации со стороны персонала, грубом отношении и личном недоверии в связи с подобной дискриминацией. Опыт описанных отношений объясняет, почему наши респонденты так редко обращаются за помощью к наркологу и так часто говорят о чувстве брошенности наедине с побочными эффектами и абстинентным синдромом.

Среди тех проблем, которые мы не смогли отнести к какому-либо барьеру в нашей классификации, присутствует ответ «нет денег» - об этом сказали 4,5% респондентов. На что именно им не хватает денег – на наркотики, лечение или покупку скрашивающих досуг продуктов – неизвестно. Также отметим, что каждый десятый участник опроса отметил, что не сталкивался ни с какими проблемами при лечении в стационаре (10,7%), а затруднились ответить и не предоставили никакой информации всего 2,5%, что показывает высокую

вовлеченность наших респондентов в исследование (Рис. 27.1 «Барьеры стационарного лечения ТБ у ЛУН», рис. 27.2 «Барьеры группы "Отсутствие наркологической помощи"», рис. 27.3 «Барьеры группы "Особенности медикаментозного лечения"», рис. 27.4 «Барьеры группы "Условия содержания в специализированных ПТД для ЛУН"», рис. 27.5 «Барьеры группы "Качество предоставляемых медицинских услуг"»).

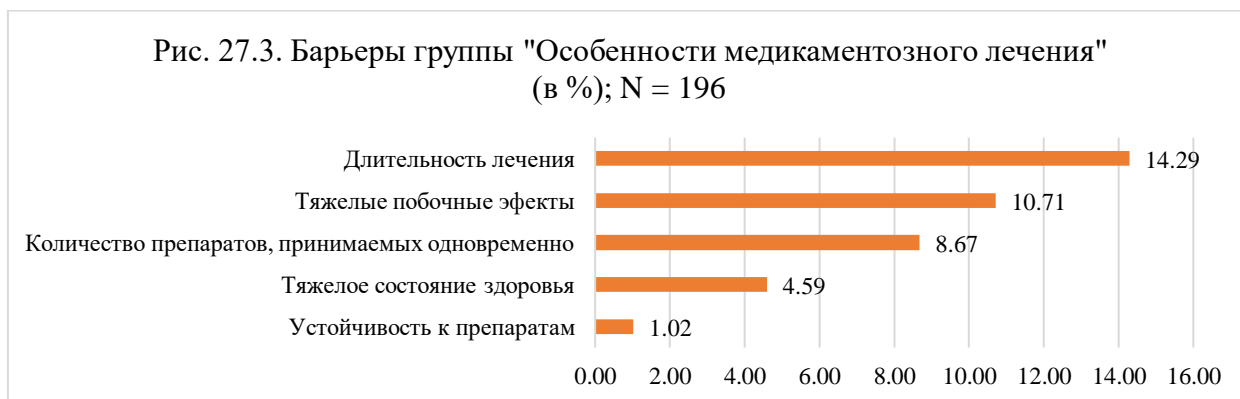
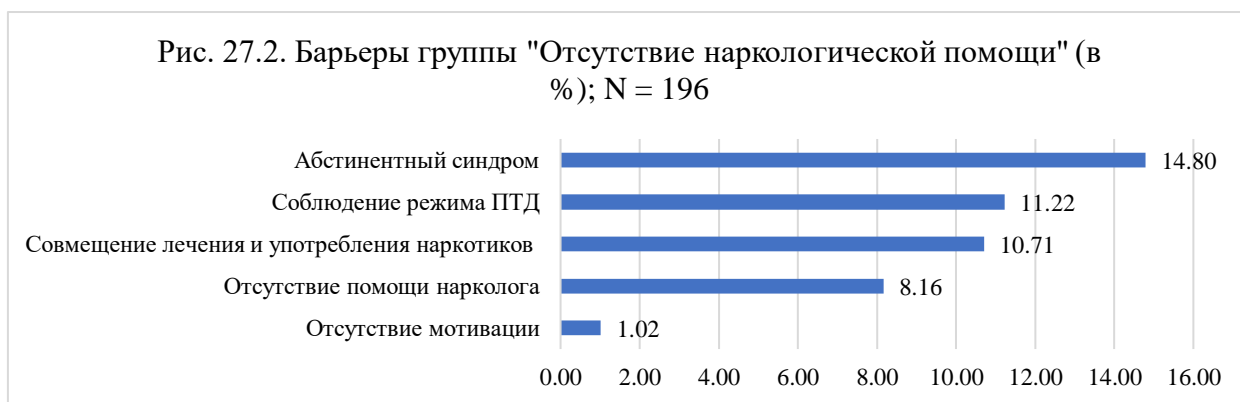
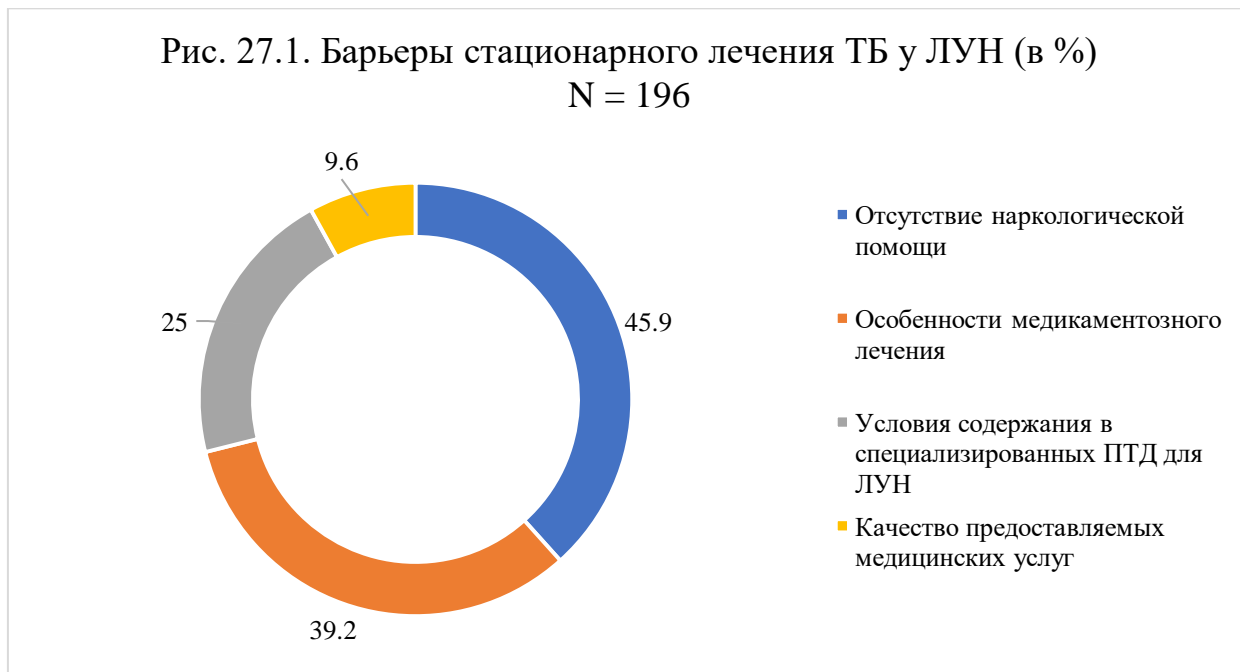


Рис. 27.4. Барьеры группы "Условия содержания в специализированных ПТД для ЛУН" (в %); N = 196

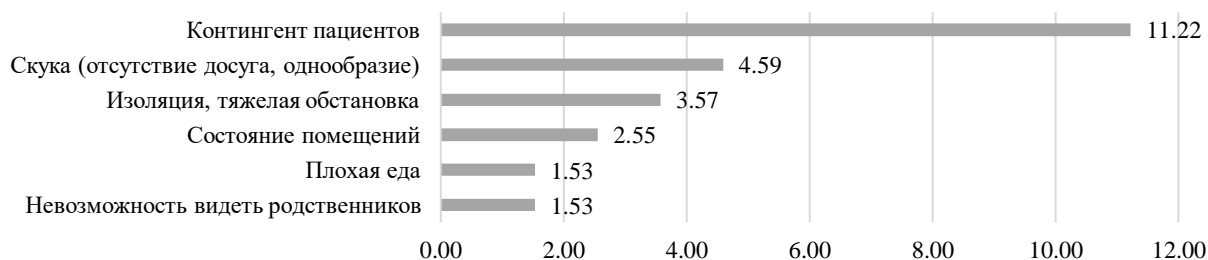


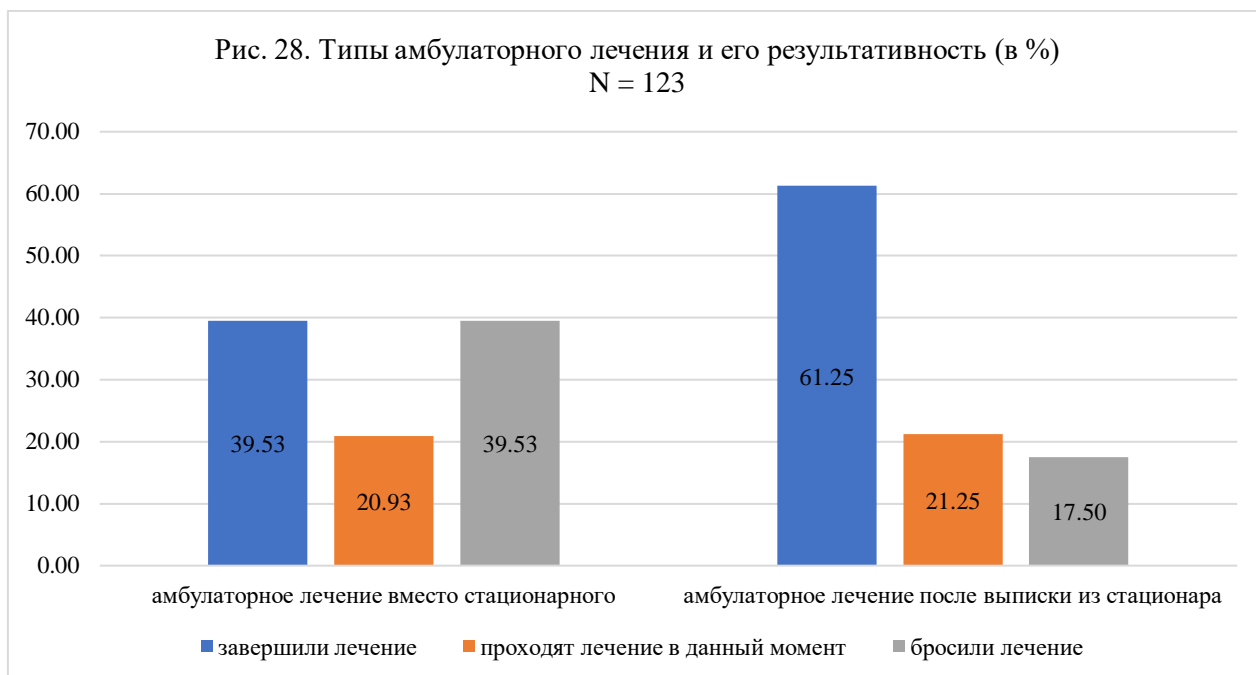
Рис. 27.5. Барьеры группы "Качество предоставляемых медицинских услуг" (в %); N = 196



6.4 Амбулаторное лечение туберкулеза

Большее половины респондентов имели опыт амбулаторного лечения туберкулеза – 58%. Большая часть из них проходила амбулаторное лечение **после выписки из стационара** – 65%, остальные имели опыт амбулаторного лечения туберкулеза вместо стационарного – 34,9%. Заметно, что среди тех респондентов, которые лечили туберкулез амбулаторно после выписки из стационара, **значительно больше случаев успешного завершения лечения**: 61,2% от их числа отметили успешное завершение лечения, в то время как бросили лечение на амбулаторном этапе всего 17,5%. В то же время, среди тех респондентов, кто проходил лечение туберкулеза только амбулаторно, об успешном завершении лечения сказали только 39,5% - это больше трети амбулаторных пациентов, но все же их доля меньше, чем доля успешно завершивших амбулаторное лечение после госпитализации в стационаре. При этом бросило лечение то же число респондентов, находящихся только на амбулаторном лечении – 39,5%. Таким образом **шанс успешного завершения лечения амбулаторно**, без предшествующего стационарного опыта, **один к одному** с шансом бросить лечение, не пройдя его до конца. Это может быть связано с необходимостью самостоятельно дисциплинировать себя, проходить абстинентный синдром, а также с отсутствием положительного опыта борьбы с болезнью и зависимостью: все-таки люди, прошедшие лечение стационарно и перешедшие на амбулаторную стадию лечения, уже имеют представления о сложностях лечения, успели привыкнуть к графику приема препаратов, а также преодолели острые фазы, осложняющие лечение физически и

психологически – боясь потерять достигнутые результаты, они имеют более высокую мотивацию пройти лечение до конца (Рис. 28 «Типы амбулаторного лечения и его результативность»).



В качестве формы амбулаторного лечения большинство наших респондентов отмечало **посещение амбулаторного лечения при туберкулезном диспансере (91%)**, в то время как возможность видеоконтролируемого лечения и патронажа на дому была доступна единицам – 3,2% и 7,3% соответственно. Естественно, необходимость посещения туберкулезного диспансера вызвала большое количество трудностей, о которых мы поговорим далее. Ситуация также осложнялась тем, что большая часть респондентов **получала препараты на руки всего на несколько дней – 56,9%**, в то время как четверть могла получить препараты на несколько недель лечения (24,3%), а на несколько месяцев и более – 17,8% респондентов. Невозможность получать объемы препаратов на длительный срок вызывала потребность посещать туберкулезный диспансер раз в несколько дней, что также вызывало ряд проблем, которые будут озвучены ниже. О проявлении какого-либо контроля за приемом противотуберкулезных препаратов сказало чуть больше четверти участников опроса – 28,4% респондентов. Чаще всего этот **контроль был периодическим**, от одного до нескольких раз в неделю (19,5%), и при таком типе контроля большинство респондентов отметило **успешное завершение лечения (54,1% завершили, но при этом 45,8% - бросили)**. Ежедневный патронаж с помощью видеоконтроля или медицинским работником лично осуществлялся всего в 8,9% случаев, при этом доля завершивших лечения при таком контроле хоть и выше доли бросивших лечение (45,4% к 36,3%), но все же меньше, чем при типе контроля, описанном выше (Рис. 29.1 «Форма амбулаторного

лечения ТБ у ЛУН», рис. 29.2 «Формы амбулаторного лечения ТБ с дезинтеграцией на его результативность»).



6.5 Частота нарушений при амбулаторном лечении туберкулеза

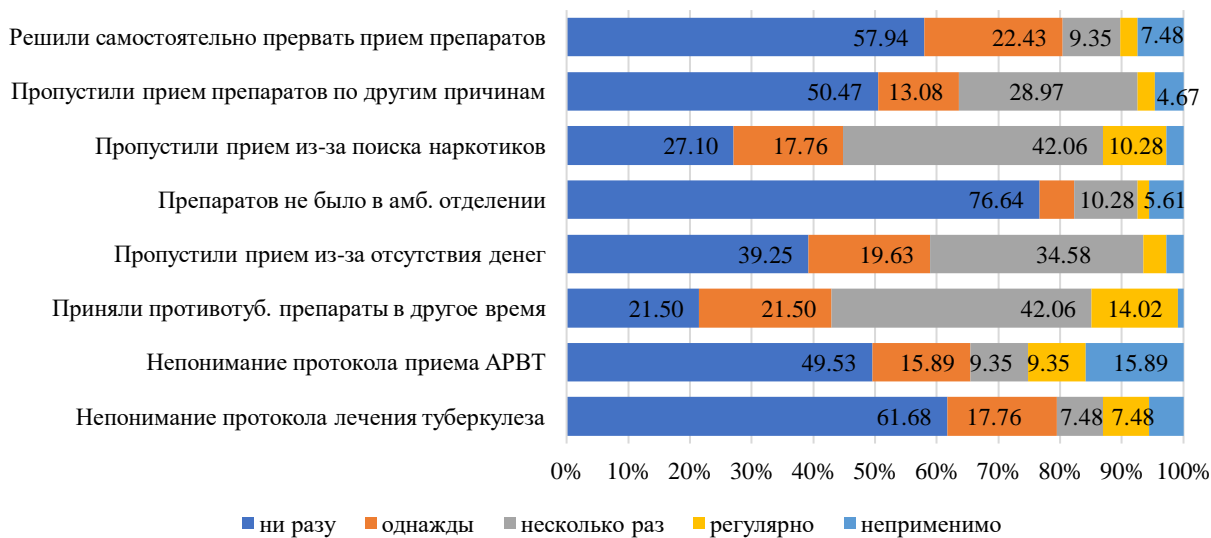
Также, как и в случае стационарного лечения, мы спрашивали респондентов о частоте случаев нарушений протоколов лечения туберкулеза – как по их вине, так и со стороны врачей. Оценивая частоту по четырех балльной шкале, респонденты также имели возможность отметить «неприменимость» названной проблемы для их практики амбулаторного лечения. Среди предложенных проблем были представлены следующие: недостаточное объяснение протоколов лечения со стороны врача (как

противотуберкулезного, так и АРВ-терапии), пропуск или прием препаратов в неправильное время как по вине туберкулезного диспансера (не было препаратов), так и по вине респондента (нужно было искать наркотики), а также прерывание терапии без согласования с врачом.

Как показывают результаты опроса, **респонденты не часто сталкивались с предложенными им для оценки проблемами** амбулаторного лечения. В большинстве случаев респонденты никогда не сталкивались с недостаточными объяснениями протоколов лечения туберкулеза со стороны врача (61,6% отметили вариант «ни разу», а регулярно с этой проблемой сталкивались всего 7,4% респондентов), протоколы лечения АРТ также объяснялись понятным образом – 49,5% респондентов отметили, что никогда не испытывали с этим проблем, 15,8% сказали, что такое происходило в их практике «однажды», а соразмерная им доля респондентов и вовсе отметила, что подобная оценка не применима для их практики (15,8%). Также больше половине респондентов не пропускала прием препаратов по каким-либо причинам, не связанным с наркотиками, отсутствием денег на проезд или отсутствием препаратов в амбулаторном отделении (50,4% отметили вариант «ни разу»), и не прерывали прием препаратов самостоятельно (57,9% отметили вариант «ни разу», хотя 22,4% выбрали ответ «однажды»). Абсолютное большинство ни разу не сталкивалось с ситуацией отсутствия противотуберкулезных препаратов в амбулаторном отделении, из-за чего бы им пришлось пропустить прием таблеток – 76,6%.

Нарушения, с которыми большинство респондентов сталкивалось несколько раз за время амбулаторного лечения – это прием противотуберкулезных препаратов в другое время и пропуск приема препаратов из-за поиска наркотиков (отметили вариант «несколько раз» 42% респондентов для каждого случая). При этом в обоих случаях немалые доли респондентов отмечали, что ни разу не сталкивались с подобными ситуациями: не принимали препараты в другое время 21,5% респондентов, не пропускали прием препаратов из-за поиска наркотиков 27,1%. Сложно обнаружить какой-либо тренд в ситуации, когда респондентам не хватало денег на то, чтобы добраться до туберкулезного диспансера: 34,5% говорят, что несколько раз переживали такую ситуацию, а 39,2% - что никогда с таким не сталкивались. При этом проблема отсутствия денег несколько раз поднималась в ситуации открытого ответа на вопрос о проблемах амбулаторного лечения – об этом мы поговорим дальше (Рис. 30 «Частота нарушений амбулаторного лечения туберкулеза»).

Рис. 30. Частота нарушений амбулаторного лечения туберкулеза (в %) N = 107



6.6 Основные трудности амбулаторного лечения туберкулеза

Мы предлагали респондентам форму открытого ответа об основных трудностях, с которыми они столкнулись при амбулаторном лечении туберкулеза. Мы разделили полученные ответы на три категории, описывающие основные барьеры амбулаторного лечения туберкулеза для людей, употребляющих наркотики:

1. Условия работы туберкулезного диспансера;
2. Особенности медикаментозного лечения;
3. Отсутствие наркологической помощи.

Наибольшее число респондентов назвали те проблемы амбулаторного лечения, которые мы отнесли к барьеру, вызванному условиями работы туберкулезного диспансера – 66,3%. Самой серьезной проблемой при получении амбулаторного лечения стали трудности, вызванные необходимостью **добираться до туберкулезного диспансера** – 37,3%. Как уже было сказано выше, абсолютное большинство респондентов получала противотуберкулезную терапию в туберкулезных диспансерах, при этом чаще всего они были вынуждены ездить за получением медикаментозной помощью раз в несколько дней. Поскольку туберкулезные диспансеры чаще всего располагаются в удаленных местах, а некоторые участники нашего опроса и вовсе проживают не в больших городах, а в их малых спутниках, данная проблема действительно ложилась в основу барьера лечения туберкулеза.

Кроме структурных причин (длительность дороги, расстояние до туберкулезного диспансера, необходимость частого посещения) не стоит забывать, что люди,

употребляющие наркотики, испытывают трудности в посещении туберкулезного диспансера в связи с необходимостью поиска денег на наркотики и самих ПАВ, а также могут находиться в тяжелом физическом и психологическом состоянии не только из-за побочных эффектов лечения, но и в связи с абстинентным синдромом. Испытывая проблемы с контролем собственного тела, люди, употребляющие наркотики, могут не добираться до туберкулезного диспансера в связи с трудностями транспортировки. Дополняет эту проблему другая распространенная сложность, связанная с условиями работы туберкулезного диспансера – **отсутствие у респондентов денег на проезд** (17,7%). Деньги у людей, употребляющих наркотики, в первую очередь выделяются на покупку ПАВ, кроме этого, как мы уже видели ранее, возможностей для заработка у этой группы не так много: подработки и государственные пособия вряд ли покроют все расходы на проезд, если туберкулезный диспансер находится в другом городе, а препараты в амбулаторном отделении выдаются всего на несколько дней вперед.

Другие проблемы, в рамках этого барьера, - **неудобный график** работы туберкулезного диспансера (6,5%) и **отсутствие медицинского персонала** на своих местах (4,6%) также связаны с потребностью людей, употребляющих наркотики, регулировать свой график для поиска ПАВ.

На втором месте по распространенности названных проблем барьер, вызванный особенностями медикаментозного лечения туберкулеза – 38,3%. Для этого барьера названо много разнообразных проблем, сфокусируемся на тех, которые имеют наибольшие доли ответов. Одной из первых названа проблема, связанная с **побочными эффектами** от приема препаратов – о них высказывается даже большее число респондентов, чем при аналогичной проблеме для стационарного лечения (16,8% к 10,7%). Возможно, тяжелые побочные эффекты при амбулаторном лечении оказывались немного более заметны в связи с необходимостью передвигаться по городу (ехать в туберкулезный диспансер, искать наркотики, заниматься другими рутинными делами), а также самостоятельно обеспечивать минимальный уход за собой (готовить пищу, делать уборку). Отметим еще две проблемы для данного барьера лечения: 6,5% респондентов упоминали, что **забывали принимать препараты** (из-за приема наркотиков, из-за состояния здоровья, из-за низкого самоконтроля, из-за того, что забывали противотуберкулезные препараты дома), а 5,6% жаловались на **усталость от лечения** (из-за необходимости часто ездить за препаратами, из-за продолжительности лечения, из-за необходимости подбирать иные препараты в связи с привыканием или непереносимостью).

На третьем месте по распространенности среди респондентов, проходящих амбулаторное лечение, проблемы, связанные с **отсутствием наркологической помощи**.

Вспомним, что для респондентов, проходящих стационарное лечение, такой же барьер имел большее значение: о лежащих в его основе проблемах тогда высказались 45,9% респондентов, а сейчас – 24,3%. Действительно, наркопотребление при амбулаторном лечении распространено в большей степени и куда более доступно в связи с отсутствием запрета на выход для поиска наркотиков. Несмотря на отсутствие медикаментозного лечения наркозависимости наркологом и при амбулаторном лечении, от **абстинентного синдрома** страдает гораздо меньше людей – всего 11,2% (при стационарном лечении об этой проблеме говорило 14,8% респондентов, а об отсутствии помощи нарколога – 8,1%, что вместе составляет 22,9% респондентов, нуждающихся в обезболивании при «ломках»). Предполагаем, что абстинентный синдром меньше выражен при амбулаторном лечении, потому что многие респонденты и не прекращают прием наркотиков на время лечения туберкулеза при их более высоком доступе.

Хотя о **доступе к наркотикам** респонденты, проходящие лечение амбулаторно, тоже говорят как о проблеме: 12,1% отметили в открытой форме ответа, что испытывали связанные с этим трудности, поскольку режим работы амбулаторного отделения в туберкулезном диспансере предполагал, что с утра больные туберкулезом приезжают за получением лечения, в то время как среди людей, употребляющих наркотики, это время отведено на поиск денег на наркотики и сами ПАВ.

О том, что они не испытывали сложности во время амбулаторного лечения, сказали 8,4% респондентов, о том, что затрудняются дать ответ – 1,8%, что также показывает высокую включенность наших респондентов в проводимое исследование (Рис. 31.1 «Барьеры амбулаторного лечения ТБ у ЛУН», рис. 31.2 «Барьеры группы "Условия работы ПТД"», рис. 31.3 «Барьеры группы "Особенности медикаментозного лечения"», рис. 31.4 «Барьеры группы "Отсутствие наркологической помощи"»).

Рис. 31.1. Барьеры амбулаторного лечения ТБ у ЛУН (в %) N = 107



Рис. 31.2. Барьеры группы "Условия работы ПТД" (в %) N = 107

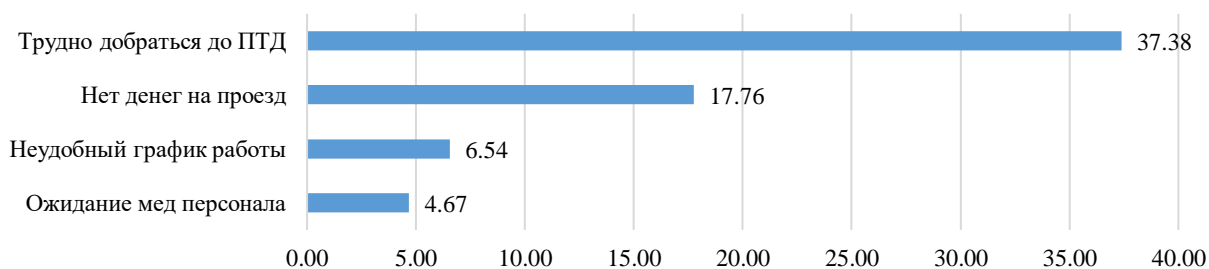


Рис. 31.3. Барьеры группы "Особенности медикаментозного лечения" (в %) N = 107

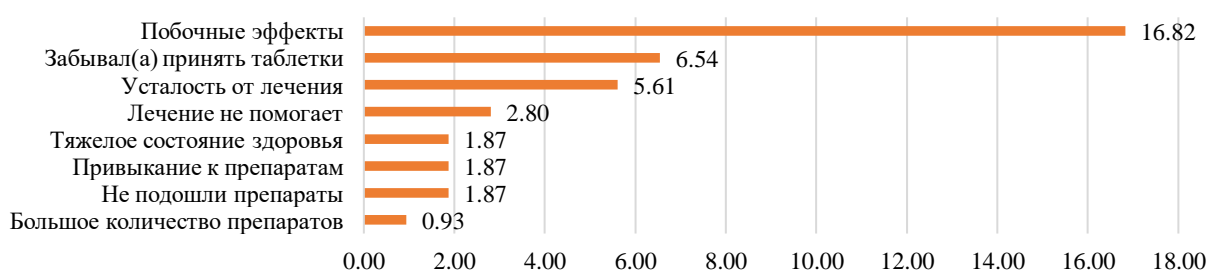
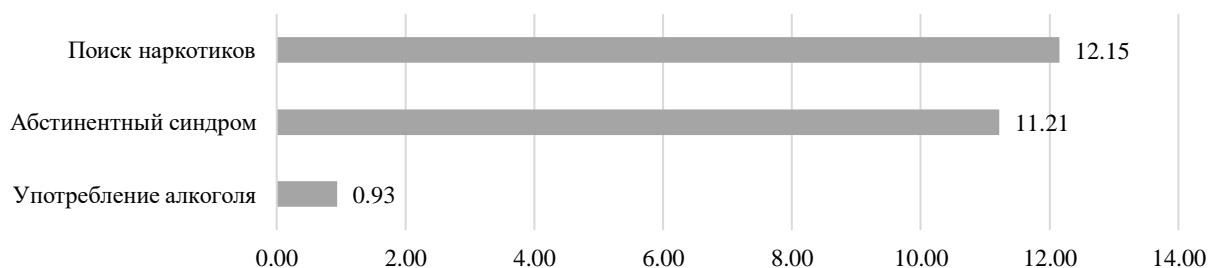


Рис. 31.4. Барьеры группы "Отсутствие наркологической помощи" (в %) N = 107



6.7 Причины успешного и неуспешного завершения стационарного лечения туберкулеза

Напомним, что при последней госпитализации в туберкулезный диспансер успешно завершили стационарное лечение 51,5% участников исследования: чуть больше половины от числа женщин и ровно половина от числа мужчин (56,5% и 50% соответственно). Отвечая на вопрос о том, что оказало решающую помощь в завершении лечения в стационаре, респонденты могли сделать множественный выбор среди предложенных вариантов ответа, а также предложить свой собственный ответ в свободном поле.

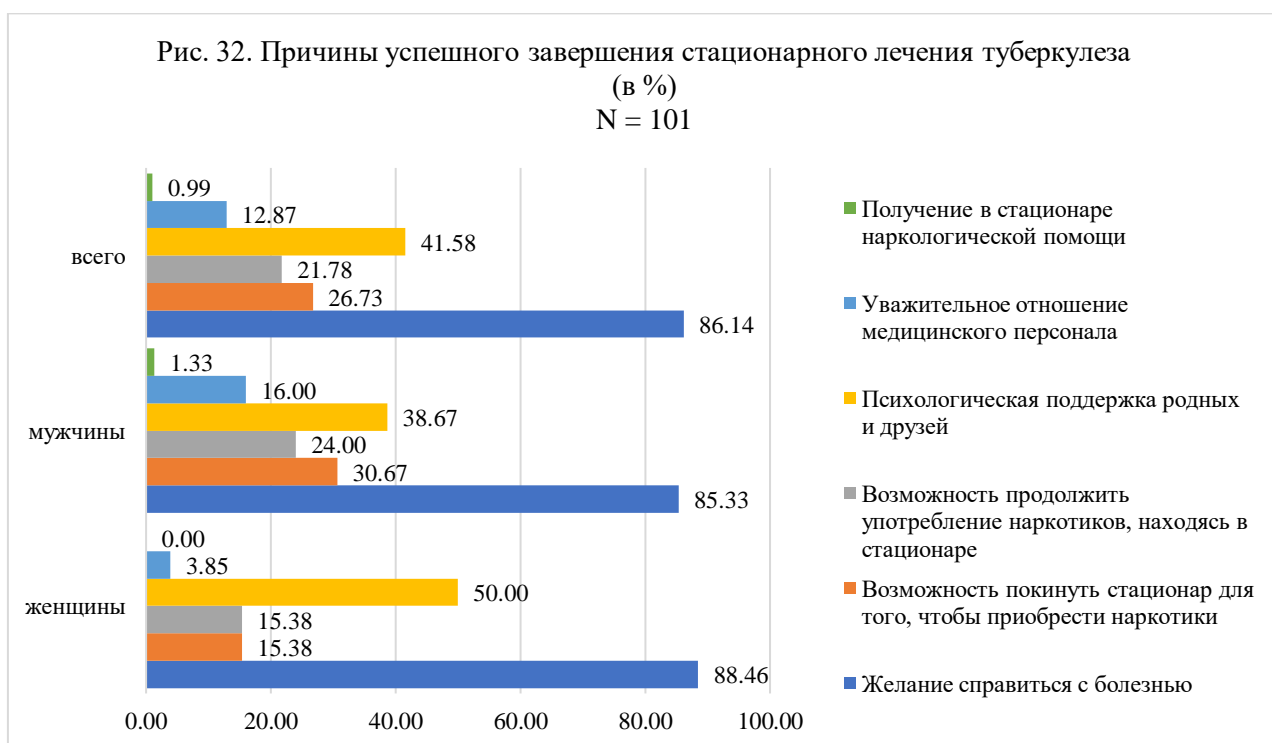
Опишем сначала самые популярные варианты ответов. Абсолютное большинство респондентов выбрало в качестве главной причины успешного лечения их **желание справиться с туберкулезом** – 86,1% ответов. Больше трети респондентов сказали, что на них оказала большое влияние **психологическая поддержка друзей и родственников** – 41,5% ответов. Эти две причины выбираются респондентами в числе первых вне зависимости от их пола: так среди мужчин об определяющем значении желания справиться с болезнью сказал 85,3%, а среди женщин – 88,4% респондентов. О значимости поддержки вне стационара высказались различающиеся доли респондентов из числа мужчин и женщин: так данную причину успешного завершения лечения выделило 50% женщин и 38,6% мужчин – среди них это также вторая по величине доля ответов, но менее значимая, чем среди женщин. Мы уже отмечали, что мужчины реже сообщали нам о своих партнерских отношениях, будь то брак или внебрачный союз, также мы замечали, что возраст респондентов мужского пола больше, чем у респонденток. В связи с этим мужчины могут иметь не меньше потребностей в поддержке, а меньше возможностей в ее получении.

Значительные различия между причинами успешного завершения лечения в стационаре между мужчинами и женщинами обнаруживаются при обсуждении **возможности покинуть стационар** для приобретения наркотиков и **возможности продолжать их употребление** в стационаре. Для мужчин эти факты являются важными причинами успешного завершения лечения: 30,6% из них отметили, что им помогла возможность покинуть стационар для поиска наркотиков, а 24% - возможность продолжать употребление в стационаре. При этом доли женщин, отметивших эти две причины, в обоих случаях равны 15,3%. Это может быть связано как с большей дисциплинированностью женщин, которая обнаруживается в ответах на другие вопросы в иных разделах отчета, так и с их желанием таковыми казаться.

Менее распространено среди респондентов в качестве причины успешного завершения стационарного лечения туберкулеза **уважительное отношение медицинского**

персонала: в целом о значимости этого факта в их практике сказали 12,8%, среди мужчин их доля составляет 16%, а среди женщин – всего 3,8%. Важно отметить, что подобная статистика связана не с незначительностью уважительного отношения, а с его недоступностью: из-за стигматизации, о которой было сказано выше, уважительное отношение персонала и врачей получает не так много людей из числа употребляющих наркотики и больных туберкулезом, поэтому и доля тех, для кого такое отношение оказывает решительное воздействие, также невелика. Похожая ситуация встречается и в случае оценивания значимости получения **наркологической помощи** в стационаре: среди наших респондентов ее получали единицы, не все из них смогли закончить лечение, и в итоге о значимости данного фактора сказал только один человек (0,9%), хотя о необходимости помощи нарколога (не только в качестве консультаций) в других вопросах говорило гораздо большее число респондентов.

Среди других причин, которые предложили сами респонденты в качестве оказавших сильный эффект на успешное завершение их лечения, были названы следующие (о каждой ответило не более 2-х человек): страх смерти, страх за здоровье детей, желание покончить с многолетним лечением, жалось по отношению к матери, поддержка общественных организаций, возможность пройти лечение вместе с партнером, а также строгий контроль со стороны врачей в местах лишения свободы (Рис. 32 «Причины успешного завершения стационарного лечения туберкулеза»).



О вещах, помешавших завершить лечение туберкулеза в стационаре, респондентам говорить сложнее. Если к выбору причин, способствовавших завершению лечения, они

подошли более избирательно, и мы смогли их классифицировать при анализе, то выбирая помехи респонденты пытались охватить как можно большее число проблем, из-за чего выявить наиболее и наименее важные не так просто.

Самая распространенная причина неудачного лечения туберкулеза в стационаре – **нарушение режима пребывания в туберкулезном диспансере** (ее отметило 43,1% от числа всех не завершивших стационарное лечение респондентов). Как мы знаем из предыдущих ответов, здесь подразумеваются частые уходы из стационара для поисков наркотиков и по иным причинам, а также несвоевременное возвращение после отлучек, что приводит к досрочному завершению лечения со стороны учреждения. Треть респондентов отметила, что им помешала **необходимость прекратить употребление наркотиков** на время нахождения в стационаре – 35,7%. Мы помним, что из-за отсутствия лечения наркозависимости прекращение употребления вызывает абстинентный синдром, снижает мотивацию лечения и создает психологические трудности для пациентов – а именно желание победить болезнь, как мы видели выше, является признанной абсолютным большинством основной причиной успешного завершения лечения. Приблизительно равные доли респондентов, не сумевших завершить стационарное лечение туберкулеза, выбрали еще три причины в качестве основных помех: отсутствие наркологической помощи (30,5%), конфликты с медицинским персоналом (29,4%), отсутствие возможности покинуть стационар для поиска наркотиков (28,4%). При этом побочные эффекты от лечения стали причиной ухода из стационара только в 15,7% случаев, хотя они и являются одним из значимых барьеров в лечении туберкулеза.

Рассмотрим гендерную разницу в объяснении причин неудачного завершения лечения туберкулеза в стационаре. **Среди женщин большее значение имеет отсутствие наркологической помощи**, а не нарушение режима пребывания в туберкулезном диспансере: 40% от числа респонденток выбирают первую причину, в то время как о второй говорят только 30% (наравне с наличием конфликтов с медицинским персоналом – тоже 30%). **Среди мужчин же первые места занимают все те же причины, что и при общей статистике**: 46,6% не завершили лечение в связи с нарушением режима стационарного лечения, а 38,6% потеряли мотивацию в связи с необходимостью прекратить употребление наркотиков во время лечения в туберкулезном диспансере. **О негативном влиянии отсутствия наркологической помощи** сказали только 28% мужчин – более, чем на 10% меньше, чем доля выбравших эту причину женщин. При этом для женщин оказалось более сложным испытание **побочными эффектами**: 25% респонденток выбрали эту причину в качестве демотиватора лечения, а среди мужчин их доля составила лишь 13,3%. Мы уже

отмечали ранее, что женщины в целом сильнее переживают из-за побочных эффектов, чем мужчины, и это снова подтверждается в наших данных.

Важно отметить, что 20% от числа всех респондентов, не завершивших стационарное лечение туберкулеза, все еще находятся в туберкулезном диспансере, поэтому не смогли ответить о причинах отсутствия положительного опыта завершения лечения. Надеемся, что их опыт завершится успехом. Тем не менее, выделим другие причины отсутствия успеха в стационарном лечении, которые респонденты предложили в открытой форме ответа (их выбрали не более 2х человек для каждой причины) – это отсутствие возможности видеть родственников и детей, контингент пациентов, жилищно-семейные проблемы, выработка устойчивости к препаратам (Рис. 33 «Причины, по которым респонденты не завершили стационарное лечение туберкулеза»).



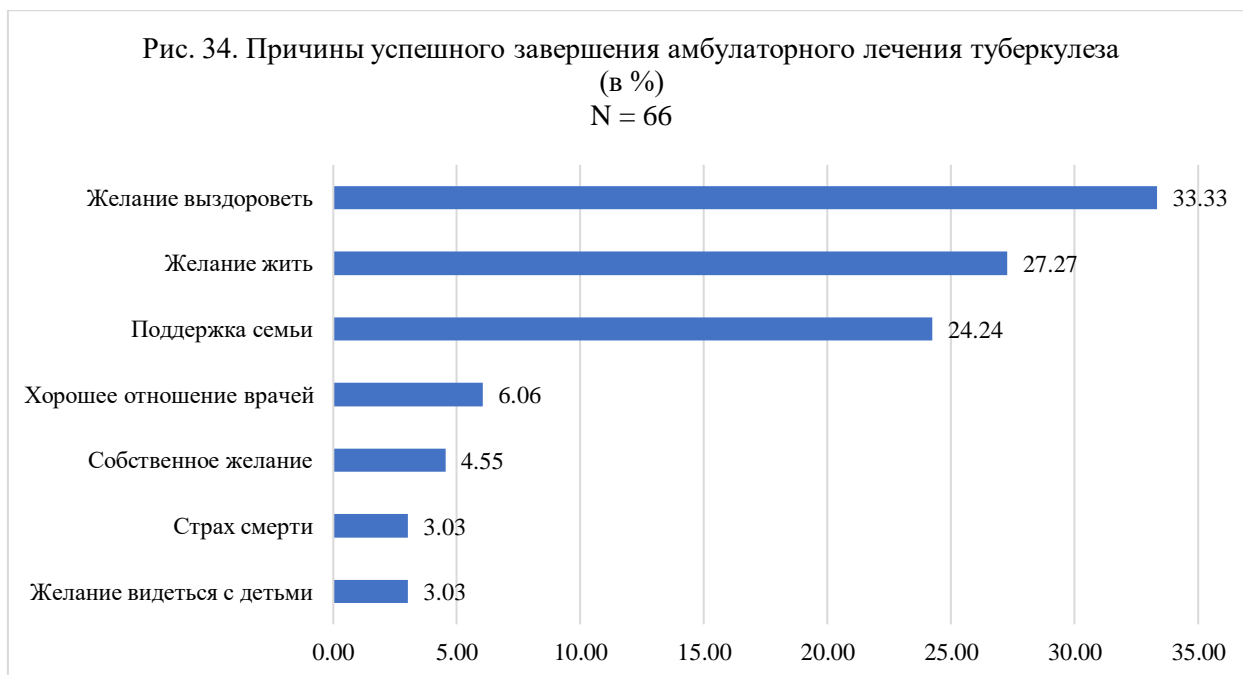
6.8 Причины успешного и неуспешного завершения амбулаторного лечения туберкулеза

Напомним, что успешно завершили амбулаторное лечение туберкулеза 53,6% респондентов (вне зависимости от типа амбулаторного лечения), бросила же лечение четверть респондентов – 25,2% (оставшиеся 21,2% продолжали проходить амбулаторное лечение на момент проведения опроса). Мы спрашивали респондентов, успешно

завершивших лечение, о том, что помогло им закончить амбулаторное лечение туберкулеза. На этот вопрос мы не предлагали готовые варианты ответа, а оставили респондентам возможность дать собственный развернутый ответ. Полученные высказывания мы рассортировали по группам и смогли обнаружить наиболее распространенные причины успешного завершения амбулаторного лечения туберкулеза.

Так, в качестве самых распространенных ответов, было сформулировано два, с одной стороны, похожих высказывания, с другой, имеющих различия в коннотациях: 33,3% респондентов ответили, что закончить лечение им помогло **желание выздороветь**, а 27,2% - **желание жить**. Мы считаем, что желание победить болезнь и продолжить жить имеют под собой разные мотивации, и в первом случае респонденты больше говорили о потребности в победе над собственным недугом, а во втором обнаружили для себя ценность жизни, граничащую со страхом смерти. При этом о самом «**страхе смерти**», как о мотивирующей силе для успешного завершения лечения, сказало всего 3% респондентов. Почти четверть респондентов отметила другую значимую причину успешного завершения, а именно – **поддержку близких** (24,2%). Под «близкими» ими понимались как «семья» и «друзья» в обобщенном значении, так и конкретизированные ответы о помощи матери, гражданского мужа, супруги и др.

Мы также выделили другие причины успешного завершения амбулаторного лечения туберкулеза, о которых сказало не так много человек, но при этом назвать их имеет смысл для нашего исследования: это **хорошее отношение врачей** и медперсонала (в том числе *настойчивое* поведение) – 6%, **собственное желание** (без уточнения того, чем это желание было мотивировано) – 4,5%, а также **желание видиться с детьми** без страха заразить их туберкулезом – 3%. Остальные причины не удалось объединить в какие-либо группы, а упоминало их не более одного человека. Перечислим их для полноты картины: это желание вернуться к обывденной жизни, желание полноценно оказывать помощь старшим родственникам (матери), ответ «просто прошел полный курс», улучшение здоровья, преодоление абстинентного синдрома (респондент отметил, что преодолел его без помощи нарколога во время пребывания в стационаре, что помогло после на амбулаторном этапе), помощь равных консультантов и сопровождение кейс-менеджера, сами препараты и вера в Бога (Рис. 34 «Причины успешного завершения амбулаторного лечения туберкулеза»).



Среди вариантов ответа, послуживших причинами неуспеха в завершении амбулаторного лечения, наиболее распространенным стало **«употребление наркотиков»** - более половины респондентов отметили эту привычку как основной барьер амбулаторного лечения (64,5%). Мы уже говорили ранее о том, что употребление наркотиков становится серьезным препятствием для своевременного получения лечения в амбулаторном отделении туберкулезного диспансера, также их употребление вне стен стационара удается осуществлять с большим успехом, нежели в обход режима работы учреждения и медицинского персонала. Другой значимой причиной неудачного опыта амбулаторного лечения респонденты называют **«усталость» от длительного приема препаратов (48,3%)**: лечить туберкулез действительно приходится в течение нескольких месяцев, а учитывая наиболее распространенный способ получения терапии по несколько раз в неделю непосредственно в амбулаторном отделении туберкулезного диспансера, неудивительно, что весь этот процесс без должной психологической поддержки выматывает людей с трудностями в самомотивации. О сложностях, вызванных **побочными эффектами** от препаратов, сказали 41,9% респондентов – они также могли стать причинами усталости от приема препаратов. Четверть бросивших лечение респондентов объясняет свое решение **улучшением самочувствия (25,8%)**, что, конечно, является временной ремиссией и грозит дальнейшими рецидивами, приводящими к длительному выматывающему стационарному лечению. Для предотвращения прекращения лечения в связи с причиной временного улучшения самочувствия амбулаторное лечение употребляющих наркотики пациентов с туберкулезом должно проходить под наблюдением медицинского персонала, а

контролируемое лечение, как мы видели ранее, почти не получило распространения среди наших респондентов.

Другие причины, которые участники опроса называли в открытой форме ответов, не набрали большого количества голосов, поэтому мы просто перечислим их: это неэффективность предложенных препаратов, выработавшаяся устойчивость к ним, недоверие к медикаментозному лечению, отсутствие результативности лечения, неудобный график привоза препаратов, постоянные поездки в стационар, а также ответ «надоело» (Рис. 35 «Причины не успешного завершения амбулаторного лечения туберкулеза»).



Раздел 7. Случаи дискриминации ЛУН во время лечения туберкулеза и мнение сообщества об излечимости данной болезни

В заключительном блоке опроса мы спрашивали участников о том, как часто с ними происходили те или иные ситуации, свидетельствующие о дискриминации ЛУН. Страх дискриминации и наличие его фактов в личном опыте и опыте близких людей может стать серьезным основанием для прекращения лечения или избегания посещения врачей. Как мы видели в предыдущих разделах отчета, в жизни ЛУН, болеющих туберкулезом, встречаются случаи конфликтов с медицинским персоналом, не всегда вызванных нарушением режима туберкулезного диспансера. Сама ключевая группа ЛУН подвержена высокой самостигматизации и маргинализации со стороны общества, из-за чего они реже прочих привержены лечению ВИЧ и других заболеваний, как показывают иные отчеты исследований проекта КАСКАД¹⁶. Рассмотрим те или иные случаи дискриминации, отсортированные в тексте от наиболее часто встречающихся к наименее упоминаемым с выявлением наиболее подверженных названным случаям половозрастных групп респондентов.

Наиболее волнующей проблемой, дискриминирующей положение ЛУН, было названо **разглашение информации о потреблении наркотиков** во время лечения туберкулеза. О том, что хотя бы раз сталкивались лично или слышали о подобном от близких сказала более половины респондентов – 57,5%. При этом ни разу не сталкивались с подобным в своем опыте 36,8% участников опроса (5,7% отметили, что по отношению к ним эта ситуация неприменима). 28,3% респондентов сказали, что их (или их близких) информацию о потреблении наркотиков разглашали несколько раз за все время лечения, однажды с подобным сталкивались 21,2% респондентов. Всего 8% отметили, что испытывают эту проблему регулярно. При этом **женщины чаще, чем мужчины**, говорят о случаях разглашения информации о потреблении наркотиков: 34% сталкивались с этим несколько раз (мужчины – 26,5%), 10% - регулярно (мужчины – 7,4%), ни разу – 30% (мужчины – 38,8%). Эта информация удивляет, учитывая, что женщины реже употребляют наркотики при лечении в туберкулезном диспансере и реже нарушают его режим, из-за чего разглашение их личной информации должно иметь меньше причин. Сравнивая две наиболее распространенные возрастные группы мы видим, что чаще с проблемой разглашения сталкивались люди в возрасте 41-50 лет: среди них «несколько раз» испытывали дискриминацию этого типа 30,1%, в то время как люди в возрасте 31-40 лет

¹⁶ Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск), Гуманитарное действие, 2022 год

сталкивались с этим «несколько раз» чуть реже – в 26,3% случаев (среди респондентов этого возраста больше распространен ответ «однажды» по этому вопросу: 28,4% к 15% в другой возрастной группе). Таким образом с разглашением информации о потреблении наркотиков чаще сталкиваются женщины и люди в возрасте от 41 до 50 лет.

На втором месте среди встречающихся случаев дискриминации при лечении туберкулеза для ЛУН также является ситуация, связанная с потреблением наркотиков: о том, что хотя бы раз сталкивались лично или слышали из рассказов близких об **изменении отношения медицинского персонала после того, как те узнавали об опыте наркопотребления** у своих пациентов, сказали 56,1% наших респондентов. Ни разу не сталкивались с подобным в своем опыте 39,2% участников опроса (4,7% отметили, что по отношению к ним эта ситуация неприменима). Несколько раз с изменением отношения медперсонала из-за опыта наркопотребления в их жизни сталкивались 29,2% респондентов, однажды подобное происходило в их жизни в 17,5% случаев, но при этом о регулярной дискриминации в такой форме сказали только 9,4% участников опроса. Также, как и для проблемы, названной выше, мы видим здесь гендерные различия в частоте происходящих случаев дискриминации: **женщины чаще, чем мужчины**, говорят о том, что сталкивались с изменением отношения медперсонала из-за наркопотребления «несколько раз» за весь опыт лечения (36% среди женщин, 27,1% среди мужчин), мужчины же больше склонны отвечать, что подобный случай с ними происходил «однажды» (19,1% среди мужчин, 12% среди женщин). Мы уже видели ранее в отчете, что женщины больше стараются выполнять протоколы лечения туберкулеза, для них может быть значимо одобрение со стороны медицинского персонала и оказание поддержки во время лечения, поэтому случаи изменения отношения из-за проявления их наркозависимости может являться более волнующим и травмирующим фактором для женщин, по сравнению с мужчинами. Также отметим, что среди двух наиболее распространенных возрастных групп чаще всего случаи подобной дискриминации отмечают **люди в возрасте от 41 до 50 лет**: регулярно с изменением отношения медперсонала сталкивается каждый десятый из этой группы (10,4%), несколько раз – почти треть респондентов в данной возрастной группе (32,1%), при этом «ни разу» не замечали изменение отношения персонала 34,9%. Сравним с возрастной группой от 31 до 40 лет: здесь «ни разу» подобного не видели 45,2% респондентов, «несколько раз» сталкивались с этой ситуацией 26,3%, а «регулярно» переживали подобный опыт 8,4% респондентов. Таким образом мы снова видим большую чувствительность к дискриминации со стороны женщин и людей в возрасте от 41 до 50 лет.

В третью очередь респонденты сталкиваются с ситуациями **оскорбления со стороны медицинского персонала из-за внешнего вида** – участники опроса в равных долях

испытывали подобную ситуацию хотя бы раз и никогда не сталкивались с подобным (48,1% в обоих случаях, 3,8% отметили, что данная ситуация к ним неприменима). «Однажды» с ситуацией оскорбления сталкивалась пятая часть респондентов (22,2%), несколько раз – 19,8%, а регулярно – 6,1%. Среди **женщин** доля тех, кто был оскорблен из-за внешнего вида медицинскими работниками, немного больше, чем среди мужчин – 24% к 18,5% соответственно. Если же говорить о возрастных различиях, то мы снова видим, что в возрасте **от 41 до 50 лет** респонденты чаще отмечают, что встречались с подобным «несколько раз» (20,7% к 15,7% в случае возрастной группы от 31 до 40 лет), а респонденты в возрасте от 31 до 40 лет предпочитают говорить, что бывали в таких ситуациях «однажды» (26,3% к 19,8% в случае возрастной группы от 41 до 50 лет). Таким образом половина оскорбления со стороны медицинского персонала из-за внешнего вида случались в жизни каждого второго респондента, при этом женщины и люди в возрасте от 41 до 50 лет чаще говорят о том, что подобное происходило с ними несколько раз за все время лечения туберкулеза.

46,2% респондентов говорят о том, что хотя бы раз сталкивались при лечении туберкулеза с **распространением информации об их положительном ВИЧ-статусе**, 41,5% же ни разу не испытывал подобных случаев дискриминации (12,3% респондентов отметили, что данная ситуация к ним неприменима). Здесь мы снова видим **большую чувствительность со стороны женщин**: 30% из них сталкивались с этой ситуацией «однажды», а 24% - «несколько раз», в то время как среди мужчин «однажды» узнавали о распространении их положительного ВИЧ-статуса 20,9% респондентов, а «несколько раз» - 17,9%. Если смотреть на всех респондентов, без дезинтеграции по полу, наибольшая доля говорит о наименьшей частоте подобного рода нарушений: 23,1% сталкивались с ситуацией разглашения их ВИЧ-статуса не более, чем один раз, 19,3% - несколько раз, а регулярно такое происходит всего в 3,8% случаев. Также частота разглашения ВИЧ-статуса различается в двух распространенных возрастных группах: **люди в возрасте 41-50 лет** почти в четверти случаев сталкивались с этой ситуацией «несколько раз» (23,6%, при этом в возрастной группе от 31 до 40 лет – 16,8%), а люди в возрасте 31-40 лет более, чем в четверти случаев, сталкивались с подобным лишь «однажды» (27,4%, при этом в возрастной группе от 41 до 50 лет – 16%). Таким образом разглашение положительного ВИЧ-статуса происходит в жизни наших респондентов нечасто, но женщины и люди в возрасте от 41 до 50 лет демонстрируют большую чувствительность к подобному роду дискриминации.

Одна из наименее распространенных причин дискриминации ЛУН во время лечения туберкулеза – изменение отношения медицинского персонала после того, как они узнали о

положительном ВИЧ-статусе пациентов: больше половины респондентов сказали, что ни разу не сталкивались с такой ситуацией (51,4%), и треть респондентов встречалась с подобным хотя бы раз (13,7% отметили, что данная проблема неприменима к их опыту). «Однажды» изменение отношения медицинского персонала из-за ВИЧ-статуса происходило в 15,1% случаев, соразмерная доля респондентов отметила, что подобное случалось с ними «несколько раз» - 14,2%, и только 5,7% ответили, что регулярно сталкивались с подобным. **Снова среди женщин** больше доли тех, кто говорит о наличии данного типа дискриминации в их опыте: 20% сталкивались с ним «однажды» (среди мужчин 13,6%), 18% - несколько раз (среди мужчин - 13%), а «регулярно» - 8% (среди мужчин - 4,9%). Различия в возрастных группах не столь существенны, но среди респондентов **в возрасте от 41 до 50 лет** меньше доля тех, кто не сталкивался с такой дискриминацией никогда (47,1% к 55,7% в случае возрастной группы от 31 до 40 лет). Таким образом изменение отношения в связи с положительным ВИЧ-статусом – нечастая проблема, и если респонденты сталкиваются с ней в своей жизни, то, как правило, лишь «однажды», что придает этой ситуации статус «исключения из правил».

И наиболее редкая проблема, с которой ни разу не сталкивались 65,1% респондентов – это **оскорбления со стороны медицинского персонала из-за трофических язв и кожных высыпаний**. Хотя бы раз с такой ситуацией сталкивалась четверть респондентов – 25,5%, при этом большая доля говорит о том, что слышала оскорбления лишь «однажды» - 14,6% («несколько раз» - 6,1%, регулярно – 3,8%, неприменимо – 9,9%). С данным типом дискриминации **чаще встречаются мужчины**, чем женщины: «ни разу» не сталкивались с оскорблениями по этому поводу 63% мужчин и 72% женщин, «однажды» - 15,4% мужчин и 12% женщин, хотя варианты «несколько раз» и «регулярно» все же выбирают чаще женщины, чем мужчины (8% к 5,6% соответственно и 4% к 3,7% соответственно). В двух возрастных группах различия также минимальны, но респонденты **в возрасте от 41 до 50** все же сталкиваются с оскорблениями из-за кожных высыпаний и язв немного чаще: 60,4% «ни разу» (в возрасте от 31 до 40 лет – 70,5%), 15,1% - «однажды» (в возрасте от 31 до 40 лет – 13,7%), однако вариант ответа «несколько раз» чаще выбирают респонденты в возрасте от 31 до 40 лет – 7,4% к 4,7%. Таким образом с оскорблениями со стороны медицинского персонала из-за трофических язв и кожных высыпаний наши респонденты встречаются реже всего, и в случае данной проблемы установить наиболее подверженную данному типу дискриминации половозрастную группу труднее, чем для иных случаев дискриминации – должно быть, субъективный опыт для дискриминации этого типа имеет большее значение, чем в иных случаях.

Итак, наиболее тревожащими ЛУН случаями дискриминации во время лечения туберкулеза являются ситуации, **связанные с наркопотреблением**: разглашение информации о наличии наркозависимости и изменение отношения медицинского персонала после узнавания этого факта биографии. Страх двойной стигматизации – из-за наличия туберкулеза и из-за наркозависимости – становится значимым барьером для лечения у ЛУН. Мы видели, что очень немногие обращаются за наркологической помощью, единицы ее получают, и многие продолжают бояться просить о помощи в лечении обеих болезней. Из-за страха стигматизации по причине наркозависимости ЛУН остаются один на один с абстинентным синдромом и не находят иного способа справиться с ним, кроме как продолжить употребление наркотиков в нарушение всех предписаний лечения и режима туберкулезного стационара. Мы видели, как психологическая поддержка друзей и родственников, редкие случаи обращения за помощью к коучу, равным консультантам, общественным организациям, желание видеть детей и жить обыденной жизнью помогают в преодолении барьеров лечения. Ощущение же собственной уязвимости, **особенно у женщин и людей в возрасте от 41 до 50 лет**, становится серьезным препятствием для того, чтобы пройти лечение туберкулеза до конца (Рис. 36 «Распространенность среди ЛУН поводов дискриминации при лечении туберкулеза»).



В завершении мы спрашивали участников опроса об **их мнении по поводу туберкулеза и способов его лечения**. Несмотря на обремененность другими заболеваниями (наркозависимости и ВИЧ-инфекцией), ЛУН придерживаются позитивных

взглядов на возможность совладать со своими жизненными трудностями: абсолютное большинство считает, что туберкулез излечим – 81,6%, при этом 63,7% отмечают, что просто верят в этот факт, а 17,9% считают, что он излечим только при ранней диагностике заболевания. Всего 5,2% респондентов уверены в неизлечимости туберкулеза, а 13,2% отмечают, что затрудняются ответить на данный вопрос. Говорить об излечимости туберкулеза у ЛЖВ респондентам сложнее: пятая часть респондентов ответила, что не знает ответ на этот вопрос – 22,2%, не верят в излечимость туберкулеза у ЛУН 14,2% респондентов, но людей, положительно оценивающих перспективы лечения туберкулеза, все же большинство – 63,7%. Абсолютное большинство респондентов верят только медикаментозным способам лечения туберкулеза – 98,1%, причем наибольшая доля говорит о необходимости принимать комбинацию противотуберкулезных препаратов – 95,2%, и лишь небольшая часть думает, что для лечения достаточно принимать один туберкулезный препарат – 2,8%. Оставшиеся 1,9% готовы доверять народным средствам лечения.

Последним вопросом мы предлагали респондентов выбрать **наиболее значимые критерии лечения туберкулеза** среди перечисленных: длительность лечения (от 4-6 месяцев), комбинированный состав препаратов (от 4 до 7 противотуберкулезных препаратов), непрерывность приема курса лечения (прием одних и тех же препаратов в установленное время), индивидуализированность курса лечения, а также его контролируемость. Респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа для того, чтобы описать все важные с их точки зрения характеристики лечения туберкулеза. Наибольшее число ответов набрал вариант, связанный с длительностью лечения туберкулеза – 67,5% респондентов считают, что минимальный курс лечения противотуберкулезными препаратами должен составлять от 4 до 6 месяцев. Далее большее число ответов набрал вариант о непрерывности приема курса лечения – 59,9% респондентов отметили, что постоянство приема одних и тех же препаратов является важным критерием качества лечения туберкулеза. На третьем месте мнение о комбинированном составе препаратов – 55,2% респондентов выбрали этот вариант ответа, понимая, что большое количество разных таблеток – это неотъемлемая часть протокола лечения туберкулеза. Таким образом три причины, из-за которых особенности медикаментозного лечения возводились респондентами на уровень барьера лечения туберкулеза, все же понимаются ими как необходимость для достижения высоких результатов лечения. Стоит также отметить, что о необходимости индивидуализированного курса лечения и контроля его со стороны медицинского персонала также сказало больше половины респондентов – по 50,9% в каждом случае, хотя контролируемое лечение на сегодняшний момент

большинство ЛУН, болеющих туберкулезом, могут получить только при лечении в туберкулезном диспансере, хотя, как показывает наше исследование, сочетание стационарного лечения с дальнейшим переходом на амбулаторный этап является более эффективным и результативным для ЛУН.

Заключение и предложения

В нашем исследовании приняло участие 212 ЛУН, болеющих туберкулезом. Их средний возраст составляет 40,6 лет, большинство респондентов не состоят в браке и в качестве источников дохода имеют подработки, пенсии и пособия. Низкое материальное положение данной ключевой группы населения фиксировалось в других отчетах исследований КАСКАД¹⁷, и данная причина по результатам статистического тестирования является значимой при анализе положительной связи между низким доходом и низкой приверженностью лечения (в названном исследовании – лечения ВИЧ-инфекции). По результатам нашего исследования мы можем утверждать, что низкий доход у ЛУН связан не только с первостепенными тратами на различные ПАВ, но и с отсутствием постоянной работы, а также недостаточной распространенностью финансовой поддержки со стороны семьи и партнеров.

Стаж употребления наркотиков в среднем составляет 10 лет и более, самым распространенным ПАВ является героин, а способом употребления наркотиков чаще всего выступает инъекционное потребление. Несмотря на снижение частоты инъекционного потребления героина во время стационарного лечения туберкулеза (в среднем на 10%), данное ПАВ и способ потребления остаются самыми распространенными и после госпитализации.

ЛУН чаще всего являются ко-инфицированными (ТБ/ВИЧ), ЛУН с отрицательным ВИЧ-статусом в большинстве случаев проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию при поступлении в туберкулезный диспансер, а ВИЧ-инфицированные ЛУН в большинстве случаев получают предложение химиопрофилактики туберкулеза и проходят ее. При этом нами было выявлено тревожащее число ЛУН, не информированных о своем ВИЧ-статусе или не помнящих о наличии химиопрофилактики туберкулеза в их опыте. О гендерных различиях в подходах к лечению туберкулеза будет сказано позже, но здесь хотелось бы отметить, что наибольшее число неинформированных пациентов обнаруживается среди мужчин до 30 лет – наиболее мобильной группы с высокими рисками распространения как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции.

Диагноз туберкулез был диагностирован большинству респондентов не более пяти лет назад после самостоятельного обращения к врачу в связи с плохим самочувствием. Абсолютное большинство участников опроса имеет закрытую форму легочного туберкулеза, чаще всего проходят лечение только стационарно и в сочетании

¹⁷ Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск), Гуманитарное действие, 2022 год

стационарного и амбулаторного способов. Наиболее распространенное число госпитализаций – от 1 до 3 раз, большую результативность показывает сочетание стационарного и амбулаторного лечения, когда ЛУН находятся на госпитализации в туберкулезном диспансере в течение 3-6 месяцев, а затем переходят на амбулаторное лечение после выписки.

Нами были выявлены гендерные различия у ЛУН, болеющих туберкулезом, которые оказывают влияние на результативность лечения ТБ. Среди женщин большая часть респондентов находится в партнерских отношениях (незарегистрированный брак), что оказывает поддержку, как финансовую, так и психологическую, при лечении туберкулеза. В качестве источников дохода они также, как и мужчины, указывают подработки, государственные выплаты, но доли получающих пенсии и пособия среди женщин выше. Поскольку лечение туберкулеза подразумевает длительное нахождение в туберкулезном диспансере, большой доступ к получению государственной поддержке может повысить пассивный базовый доход и позволить проходить лечение туберкулеза до конца.

Среди женщин больше распространена постановка диагноза туберкулез в результате медицинских обследований. Это косвенно указывает на больший доступ профилактических осмотров среди женщин по сравнению с мужчинами, что повышает шансы на раннюю диагностику туберкулеза и своевременное назначение лечения. Среди женщин выше процент отказавшихся от употребления наркотиков во время госпитализации в туберкулезный диспансер, а также сильнее проявилось снижение частоты наркопотребления во время лечения в стационаре. Также женщины чаще проходят лечение в стационаре, чем мужчины, но срок их последней госпитализации обычно меньше, чем у мужчин. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что женщины больше соблюдают предписания лечения туберкулеза. Однако, женщины также оказались более уязвимой группой для их дискриминации со стороны медицинского персонала. Эти факты могут быть связаны друг с другом, поскольку большее старание в выполнении требований со стороны врачей делает женщин более чувствительными к ситуациям, стигматизирующим их опыт.

Были выявлены основные барьеры для стационарного и амбулаторного лечения туберкулеза. В случае прохождения лечения в туберкулезных диспансерах ЛУН отмечают следующие группы проблем (в порядке значимости): отсутствие наркологической помощи; особенности медикаментозного лечения; условия содержания в специализированных туберкулезных диспансерах для ЛУН; качество предоставляемых медицинских услуг. Большинство респондентов отмечает, что продолжает потреблять наркотики во время нахождения в стационаре, при этом данные показывают, что стратегия перехода от «постоянного» к «периодическому» потреблению ПАВ во время госпитализации связана с

успешным завершением лечения, в то время как отказ от употребления наркотиков в ТБ не связан с положительным результатом лечения. Основной причиной завершения лечения для респондентов стала личная мотивация преодолеть болезнь, а причинами неудач были названы необходимость прервать употребление наркотиков при отсутствии наркологической помощи в туберкулезном диспансере.

В случае прохождения амбулаторного лечения туберкулеза ЛУН отмечают следующие барьеры лечения (в порядке значимости): условия работы туберкулезного диспансера; особенности медикаментозного лечения; отсутствие наркологической помощи. Несмотря на то, что отсутствие наркологической помощи в случае амбулаторного лечения не так сильно волнует респондентов, как в случае стационарного лечения (из-за возможности продолжать потребление наркотиков), наиболее распространенной причиной самостоятельного прерывания лечения ими было названо «употребление наркотиков». Эта причина в случае амбулаторного лечения влияет на соблюдение режима лечения и посещения туберкулезного диспансера, что является первым по значимости барьером амбулаторного лечения. Желание побороть болезнь также является наиболее распространенной причиной положительного исхода лечения при амбулаторном режиме.

Таким образом, наше исследование подтверждает методом дескриптивной статистики поставленные ранее гипотезы:

1. Отсутствие наркологической помощи при лечении туберкулеза является основным барьером для стационарного лечения и одной из значимых проблем для амбулаторного лечения. Для амбулаторного лечения крайне редко распространено контролируемое лечение у ЛУН, из-за чего они продолжают употреблять наркотики и нарушать режим посещения туберкулезного диспансера и приема препаратов. Самостоятельное амбулаторное лечение редко показывает высокую результативность и самым успешным показывает себя стационарное лечение, по завершению которого ЛУН переходят на амбулаторный этап. При отсутствии наркологической помощи преодоление абстинентного синдрома в туберкулезном диспансере и привыкание к режиму лечения позволяет ЛУН более успешно справляться с амбулаторным этапом после выписки.
2. При стационарном лечении туберкулеза каждый десятый респондент отказывается от употребления наркотиков, но остальные продолжают искать и принимать ПАВ, не имея возможности самостоятельно справиться с наркозависимостью. Те же респонденты, что отказываются от потребления наркотиков, чаще всего не завершают лечение туберкулеза. Таким образом,

лечение туберкулеза у ЛУН оказывается не связанным с отказом от наркопотребления.

3. Мы обнаружили гендерные различия у ЛУН в отношении подходов к лечению туберкулеза. Женщины продемонстрировали более усердное выполнение предписаний лечения, оказались более защищенной группой с точки зрения государственной и семейной поддержки, но при этом показали большую уязвимость к дискриминации.

Как и любое исследование, данный проект имеет свои ограничения: а) невероятная выборка, организованная методом снежного кома, не позволяет говорить о возможности генерализации полученных данных, однако ее использование было продиктовано труднодоступностью исследуемой группы; б) ограничения данных, связанные с их объемом и распределением между половозрастными группами, не позволяет выявить силу обнаруженных связей: дескриптивная статистика дает возможность описать основные тренды и ответить на вопрос о наличии тех или иных взаимосвязей между переменными, но не является инструментом для выявления значимости обнаруженных связей. Проверка выдвинутых гипотез на более обширных данных поможет получить более взвешенные результаты и определить их статистическую значимость. Тем не менее, в данном отчете произведена оценка условий, способствующих эффективному лечению туберкулеза у ЛУН, в связи с чем поставленную цель можно считать достигнутой.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Мы предполагаем и надеемся, что объединение усилий на институциональном уровне, на уровне учреждений здравоохранения, некоммерческого сектора, сообщества ЛУН могут повысить эффективность лечения туберкулёза у потребителей наркотиков. Ниже изложены конкретные предложения, адресованные перечисленным акторам, которые, как мы полагаем, подлежат широкому обсуждению и дополнению.

На национальном уровне:

Рассмотреть на национальном уровне возможность сокращения разрывов между рекомендациями ВОЗ¹⁸ (получение ежедневной профилактической терапии изониазидом в течение как минимум 36 месяцев вне зависимости от того, находится ли человек на АРТ или нет, и независимо от степени иммуносупрессии) и назначение одного из трёх режимов

¹⁸ Оперативное руководство ВОЗ по туберкулезу, 2020
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>

химиопрофилактики ТБ у ЛЖВ сроком от 3 до 6 месяцев (в зависимости от режима) в Инструкции по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией (с.4) с соответствующим бюджетным финансированием увеличения сроков химиопрофилактики ТБ у ЛЖВ;

Обеспечить оказание наркологической помощи в туберкулезных диспансерах, включая в штат наркологов, что требует пересмотра штатных расписаний ПТД на федеральном уровне; необходимо также наличие лицензий в ПТД на хранение и использование купирующих абстинентный синдром препаратов, а также препаратов для коррекции поведения пациентов при нахождении в стационаре. Следует учитывать, что две трети ЛУН, проходящих лечение в стационаре, указали на отсутствие наркологической помощи в ТБ-стационаре, что явилось существенным барьером успешного завершения лечения;

Развивать мультидисциплинарный подход при лечении туберкулеза (врач-фтизиатр, врач-инфекционист, врач-нарколог, социальный работник и психолог). Это позволит наряду с квалифицированной медицинской и психологической помощью оказывать социальную поддержку, решать правовые и социальные вопросы пациентов (регистрация, медицинский полис, пособия и пенсии). Решение социальных вопросов может быть передано кейс-менеджерам СОНКО.

Привлекать социально-ориентированные НКО ВИЧ-сервисные некоммерческие организации, способные оказывать помощь на различных этапах всеобъемлющего подхода «каскадной помощи» оказания немедицинских услуг по ТБ как людям, употребляющим наркотики, так и представителям других ключевых групп населения, подверженным риску заражения ТБ и ВИЧ. Это в особенности важно для сокращения наибольших потерь на этапе скрининга и завершения лечения ТБ.

Предусматривать в региональных программах здравоохранения, программах по молодежной политике и социальной политике выделение средств на субсидии по финансированию соответствующей деятельности СОНКО. Способствовать взаимодействию СОНКО и ПТД в совместной работе.

Широко внедрять инфотехнологии^{19 20}; для инвестирования цифровых решений для регистрации, отчетности, видеосопровождению услуг по ТБ необходимо предусмотреть выделение бюджетов на федеральном и региональном уровнях для разработки мобильных

¹⁹ Там же, стр.

²⁰ Краткое руководство по видеосопровождению туберкулёза, ВОЗ, 2020

приложений и платформ видеосопровождения (синхронного и асинхронного); проект «Создание национальной цифровой платформы «Здоровье» позволяет начать данную работу²¹; возможно начать с запуска пилотных проектов в нескольких регионах РФ с наиболее высоким уровнем поражённости ТБ и ВИЧ-инфекцией; с помощью цифровых решений обеспечивать, в том числе, общение с близкими (в исследовании успешному завершению 41% респондентов способствовала поддержка родных и близких);

Разработать коммуникационные стратегии по привлечению ЛУН, а также представителей других ключевых групп, к принятию осознанного выбора по профилактике и лечению ТБ, в особенности в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Для медицинских работников:

Необходимо ориентированное на пациента мотивационное консультирование при решении вопроса об информированном согласии приема химиопрофилактики с учётом осознанного понимания всех рисков²²; люди, живущие с вирусом иммунодефицита человека (ЛЖВ), относятся к группе высокого риска заболевания туберкулезом и являются приоритетными группами для получения профилактического противотуберкулезного лечения (ПТЛ), что закреплено национальными Клиническими рекомендациями «Туберкулёз у взрослых» (2022 г.) и документами ВОЗ (2020 г.);

Обеспечение обратной связи, основанной на профессиональном разъяснении пяти режимов химиотерапии при лечении ТБ и конкретно избранного режима для данного пациента, длительности, изменения терапии в случае сильных побочных эффектов и т.д.

Решение вопросов по этическим моментам, связанным с ходом лечения ТБ; исключение стигматизирующих практик для ЛУН, болеющих ТБ (по результатам исследования, для 13% респондентов уважительное отношение медицинского персонала стало одним из факторов успешного завершения лечения);

²¹ Стратегии цифровой трансформации отрасли «Здравоохранение» до 2024 года и на плановый период до 2030 года, с.107

<https://static->

[0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/057/382/original/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D1%86%D0%B8%D1%84%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8_%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%81%D0%BB%D0%B8_%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf?1626341177](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/057/382/original/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D1%86%D0%B8%D1%84%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8_%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%81%D0%BB%D0%B8_%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf?1626341177)

²² Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией https://www.hiv-spb.ru/inst_tb_hiv_prophylaxis.pdf стр.3

Обучение медицинского персонала взаимодействию с ЛУН, основанного на понимании сути зависимого поведения, влияния на физическую и психологическую структуру личности человека;

Обеспечение защиты персональных данных (57% респондентов столкнулись с разглашением информации о наркопотреблении)

Для сообщества ЛУН:

Члены сообщества ЛУН часто не понимают значения профилактических действий, необходимости защиты членов сообщества от ТБ и того, что представляет собой инфекция ТБ по сравнению с заболеванием ТБ. Важно проводить широкую разъяснительную работу в виде информационных кампаний, направленных, в том числе, на партнеров и членов семей, которая может включать издание информационных материалов, проведение тренингов и вебинаров, включающих следующие темы:

- Симптомы ТБ и методы тестирования на ТБ; распространенность заражения ТБ;
- Необходимость химиопрофилактики у ЛЖВ; необходимость скрининга на наличие ТБ, т.к. сохраняется высокий риск развития ТБ у ЛЖВ;
- Стратегии повышения приверженности лечению²³ ТБ; разъяснение того, что незаконченное лечение ведет к развитию лекарственно устойчивых форм ТБ, которые впоследствии передаются при первом заражении и труднее лечатся (по данным исследования, лечение не закончили от 17 до 48% респондентов, в зависимости от способа лечения – стационарно, амбулаторно)
- Описание возможных побочных реакций на лекарства и методы их снижения;
- Необходимость сохранять гигиену при откашливании, что обеспечит безопасность окружающих без стигматизации;
- Необходимость сохранять уважительные и доверительные отношения с медицинским персоналом;

²³ Оперативное руководство ВОЗ по туберкулезу, 2020
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf> стр.84

- Разъяснить, что при одновременном приеме наркотиков и лечении ТБ сильно страдает печень, что затрудняет последующее лечение; наиболее опасными являются инъекционный прием опиоидов, кокаина, амфетамина (ВОЗ – в нашем исследовании 53% употребляли героин до лечения, 33% во время лечения)
- Предоставить перечень НКО, оказывающих немедицинские услуги и сопровождение в связи с ВИЧ и ТБ в конкретном регионе (обсуждения любых выявленных барьеров и предложения совместных решений; группы взаимопомощи; равное консультирование; социальное сопровождение);
- Разъяснить, что ТБ сегодня излечивается, и в сочетании с АРТ у ЛЖВ, но необходима своевременная диагностика, принятие ответственности за своё здоровье, следование предписаниям по режиму приёма препаратов, соблюдению соответствующего образа жизни.

Представителям сообщества ЛУН рекомендуется делиться аналитической информацией, участвовать/организовывать круглые столы, пресс-конференции, конференции с участием профильных специалистов-медиков, представителей исполнительной власти на местах для того, чтобы совместными усилиями добиться намеченных целей в борьбе с туберкулёзом: сокращение смертности от туберкулеза на 95% и сокращению числа новых случаев на 90% в период до 2035 года. Это позволит сократить резервуар инфекции, из которой развивается заболевание туберкулёз.