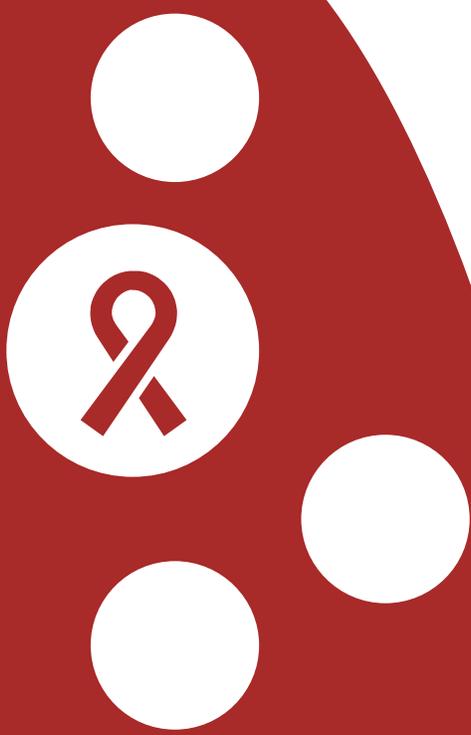




ТУБЕРКУЛЕЗ С  
МНОЖЕСТВЕННОЙ И  
ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ  
УСТОЙЧИВОСТЬЮ СРЕДИ  
ЛЮДЕЙ С СОЧЕТАННОЙ  
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ВИЧ И  
НАРКОЗАВИСИМОСТЬ В РОССИИ

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР И  
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ





## Сокращения

<b>ТБ</b>	туберкулез
<b>МЛУ-ТБ</b>	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
<b>ШЛУ-ТБ</b>	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ООН</b>	Организация Объединенных Наций
<b>ПТП</b>	противотуберкулезные препараты



## Благодарности

авторы: Сидоренко Н.Ю., Голиченко М.М.

Поддержка работы Правовой Сети по ВИЧ осуществляется из гранта Фонда Роберта Карра, который был представлен Глобальному Консорциуму по Продвижению Правосудия в связи с ВИЧ. Мы выражаем глубокую признательность за вклад в эту работу со стороны ЮНЭЙДС. Однако содержание отчета и идеи, содержащиеся в нем, не всегда отражают мнение и точку зрения ЮНЭЙДС, либо влечет за собой какую-либо ответственность ЮНЭЙДС.

Графический дизайн: Ryan White, R.G.D.



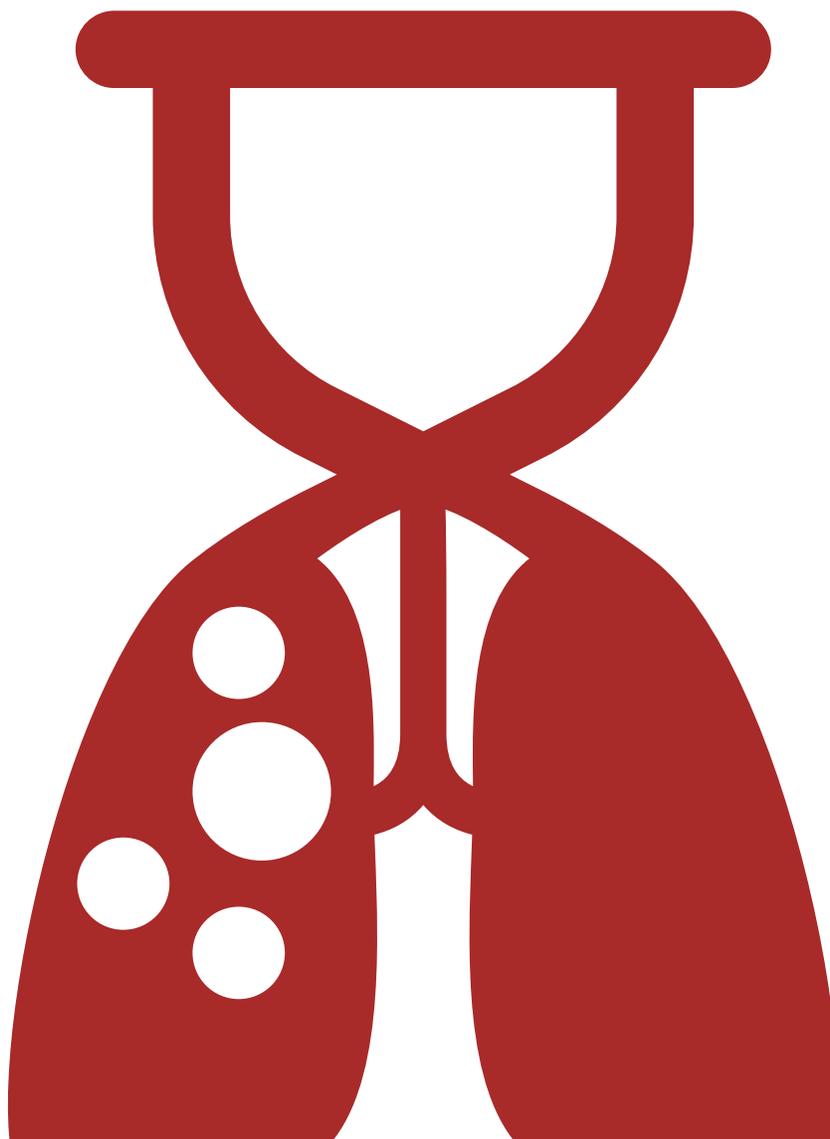
## Содержание

Резюме .....	3
Введение .....	4
Краткая статистика заболеваемости ТБ, в том числе его лекарственно-устойчивыми формами в России и в мире .....	6
Эпидемия МЛУ и ШЛУ ТБ на фоне проблем доступности лечения для людей с тройным диагнозом - зависимость/ВИЧ/ТБ .....	9
Краткая информация о механизме формирования ЛУ/МЛУ/ШЛУ ТБ.....	10
Краткое описание Российской системы лечения ТБ .....	12
Информация о взаимосвязи роли гражданской и тюремной систем лечения ТБ и эпидемии ЛУ ТБ.....	14
Информация о недоступности эффективного лечения ТБ для людей с зависимостью и ее роли в эпидемии ЛУ ТБ в России.....	15
Проблемы с доступностью медицинской помощи для людей употребляющих наркотики, затронутых эпидемия ВИЧ и ТБ во время пандемии COVID-19.....	17
Рекомендации для улучшения доступности лечения ТБ для людей с зависимостью .....	18
Ранний доступ к АРТ и лечению ТБ .....	18
Повышение уровня знаний сообщества, сотрудников НКО и медицинских работников .....	18
Развитие наркологической помощи в период лечения ТБ.....	19
Заключение .....	20



## Резюме

В октябре 2022 Российская Федерация обязана предоставить седьмой периодический доклад в Международный Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, включая информацию о выполнении рекомендаций Комитета по вопросам профилактики, лечения и ухода при ТБ среди людей с сочетанной заболеваемостью ВИЧ и наркозависимостью. В настоящем докладе авторы анализируют ситуацию с туберкулезом в России по состоянию на август 2022 года и приходят к выводу о том, что люди с сочетанной заболеваемостью продолжают оставаться в группе наиболее высокого риска поражения туберкулезом, включая лекарственно устойчивые формы туберкулеза, лечение которых более продолжительно в сравнении с обыкновенным, лекарственно-чувствительным туберкулезом. Туберкулез остается основной причиной преждевременной смертности людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Авторы предлагают практические шаги, которые позволят быстро и эффективно продвинуться в выполнении рекомендаций Комитета.





## Введение

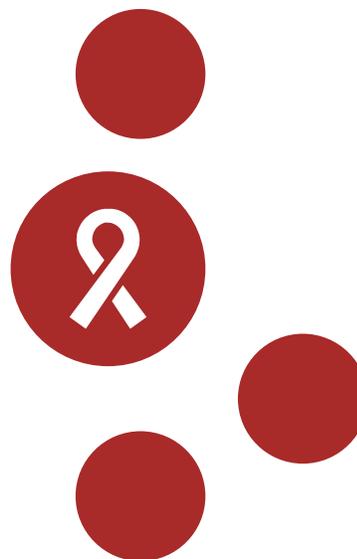
В октябре 2017 года Международный Комитет по экономическим, социальным и культурным правам<sup>1</sup> рассмотрел шестой периодический доклад Российской Федерации и в числе прочих проблем с исполнением Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах<sup>2</sup>, выразил обеспокоенность о нарушении положений ст. 12 Пакта (право на здоровье) в связи с распространением ВИЧ-инфекции, гепатита С и ТБ в России, особенно среди людей, употребляющих наркотики. Комитет повторяет свою предыдущую рекомендацию применять правозащитный подход к людям с наркотической зависимостью (см. E/C.12/RUS/CO/5, пункт 29). Для эффективного решения названных проблем Комитет в частности рекомендовал Российской Федерации принять следующие меры:

- рассмотреть вопрос об отмене уголовной ответственности за хранение наркотиков для личного потребления;
- осуществлять информационно-просветительские программы в целях привлечения внимания к серьезным рискам для здоровья, связанным с употреблением наркотиков;
- бороться с дискриминацией людей с зависимостью от наркотиков, в том числе в области их доступа к медицинскому обслуживанию;
- оказывать таким людям необходимую медицинскую помощь, психологическую поддержку и услуги реабилитационного характера, в том числе путем легализации эффективного лечения от наркозависимости, такого как опиоидная заместительная терапия;
- принять программы снижения вреда, такие как замена игл и шприцев, обеспечив сферу их охвата, в частности в местах лишения свободы, в целях борьбы с распространением ТБ, а также оказывать поддержку неправительственным организациям, которые предоставляют такие услуги, как указывалось в ходе диалога;
- устранять коренные причины стремительного расширения масштабов ВИЧ и распространения ТБ и гепатита С, в том числе путем легализации мер по профилактике ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, и путем расширения охвата и распространения медикаментов и медицинского обслуживания, например антиретровирусной терапии.<sup>3</sup>

В 2010 и 2013 годах Специальный Докладчик по праву на здоровье Совета по правам человека ООН обращал внимание властей Российской Федерации о серьезных проблемах в вопросах профилактики и лечения ТБ среди людей с сочетанными заболеваниями – ВИЧ-инфекция и наркозависимость. Власти России не предприняли должных мер по улучшению работы над проблемой, но приняли меры против человека, который обратился с жалобой к Специальному Докладчику.<sup>4</sup>

**До 31 октября 2022 года Российская Федерация должна представить Комитету свой седьмой периодический доклад, включая информацию о выполнении рекомендаций Комитета по праву на здоровье, в том числе вопросам ТБ среди людей с сочетанной заболеваемостью ВИЧ и зависимостью от наркотиков.**

В настоящем обзоре авторы приводят данные о ситуации с ТБ среди людей с сочетанной заболеваемостью, включая данные о наиболее тревожных тенденциях развития лекарственно устойчивых форм ТБ и роли неэффективной системы лечения наркотической зависимости в развитии эпидемии ТБ в России. Эти данные могут послужить источником информации для теневых докладов организаций гражданского общества в Комитет с тем, чтобы повысить эффективность конструктивного диалога Российской Федерации и Комитета, а также обеспечить наиболее эффективное исполнение Российской Федерацией своих обязательств в рамках Международного Пакта.





## Краткая статистика заболеваемости ТБ, в том числе его лекарственно-устойчивыми формами в России и в мире

Многолетние усилия по борьбе с ТБ привели к снижению количества больных в России, достигнув к 2019 году отметки 127 тыс. человек. Однако есть ряд факторов, препятствующих дальнейшему снижению бремени ТБ. До 2020 года снижение показателя общей заболеваемости ТБ происходило на фоне улучшения организации профилактических осмотров и снижения доли запущенных форм ТБ среди впервые выявленных пациентов. В 2021 году по сравнению с 2018 годом показатель общей заболеваемости ТБ снизился на 13,3 % (с 44,4 до 31,1 на 100 тыс. населения), а с 2008 года (85,1 на 100 тыс. населения), снижение составило 54 %.<sup>5</sup> Однако несмотря на существенное снижение показателя заболеваемости ТБ в 2020 году, в 2021 году продолжилось снижение одновременно с утяжелением клинической структуры ТБ: ростом доли впервые выявленных больных ТБ с деструкцией легочной ткани, массивным бактериовыделением и фиброзно-кавернозным ТБ<sup>6</sup>. Выросла доля больных, у которых ТБ был выявлен при обращении за медицинской помощью. Это можно отнести к последствиям несвоевременного выявления больных ТБ в 2020 году во время ввода ограничений, связанных с новой коронавирусной инфекцией.

Сегодня в России заболевают ТБ преимущественно люди в возрасте 18-44 лет, при этом пик заболеваемости приходится на возраст от 35 до 44 лет. Мужчины составляют 68,2 % от впервые заболевших ТБ, что повторяет общемировую статистику.

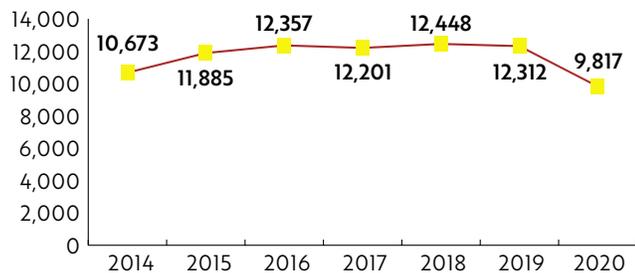
Заболеваемость и смертность от ТБ на 100 тыс. населения в Российской Федерации, 1970-2020 гг.<sup>7</sup>





## ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ в Российской Федерации, 2014-2020 гг.

Заболееваемость ТБ/ВИЧ



До 2019 года ежегодно доля людей, живущих с ВИЧ, среди впервые выявленных больных ТБ нарастала: от 6,5 % в 2009 году, до 24,7 % в 2019<sup>8</sup>. В 2020 году произошло существенное снижение, ТБ заболело 9 817 человек, тогда как в 2019 году заболевших было 12 312 чел. На 2019 год заболеваемость ТБ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией была в 61 раз выше, чем в среднем по России<sup>9</sup>. По данным Федерального регистра больных ТБ практически каждый второй заболевший ТБ человек, живущий с ВИЧ, имеет лекарственно устойчивую форму ТБ.

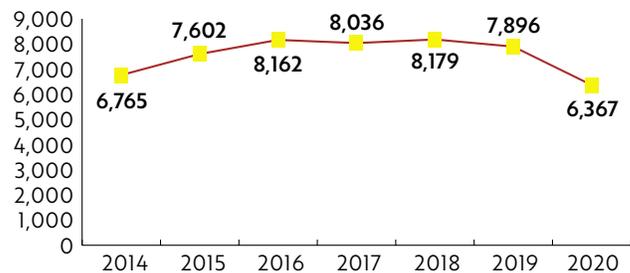
Максимальные показатели заболеваемости ТБ при сочетании с ВИЧ-инфекцией отмечаются: в Уральском ФО (18,1 на 100 тыс. населения), Сибирском ФО (24,3), Приволжском ФО (9,9); Иркутской (24,7), Кемеровской (39,7), Новосибирской (28,6), Самарской (18,8), Свердловской (23,0), Томской (22,4), Тюменской (23,0) областях, Алтайском (23,5), Красноярском (18,4) и Пермском краях (23,4).

Несмотря на достигнутые успехи и бесплатный доступ к лечению, в России ТБ продолжает оставаться ведущей причиной смерти людей, живущих с ВИЧ<sup>10</sup>. В 2019 году в стране умерло 19 168 пациентов, больных ТБ, состоящих на диспансерном учете. Из них ВИЧ-инфицированными были 7 822 человек (40,8 %). В основном умирают люди трудоспособного возраста (35-54 лет), как мужчины, так и женщины.

Во всем мире в 2019 году было выявлено и поставлено на учет в общей сложности 206 030 человек с МЛУ-ТБ или с устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ), что на 10 % больше, чем в 2018 году (186 883 человека). Несмотря на достигнутые результаты, ситуация по ТБ в стране оценивается как весьма напряженная. По оценке Всемирной организации здравоохранения около половины случаев МЛУ-ТБ приходится на 3 страны – Индию, Китай и Российскую Федерацию<sup>11</sup>. Успех лечения быстро снижается с увеличением лекарственной устойчивости во всем мире.

Официальная статистика о пациентах, больных ТБ и употребляющих наркотики в России отсутствует. Вместе с тем по разным данным люди, употребляющие наркотики составляют до 70 % от числа людей, живущих с ВИЧ, проходящих лечение ТБ<sup>12</sup>. Парентеральная передача (69,4 %) остается основным путем передачи ВИЧ среди ко-инфицированных ТБ/ВИЧ<sup>13</sup>. Несмотря на то что половой путь передачи ВИЧ является доминирующей, доля людей, употребляющих

Заболееваемость МЛУ ТБ



наркотики, среди больных коинфекцией ВИЧ-ТБ практически не снижается. В 2000 году 76 % больных сочетанной патологией ВИЧ/ТБ являлись наркопотребителями; в 2019 году этот показатель составил 69,4 %<sup>14</sup>.

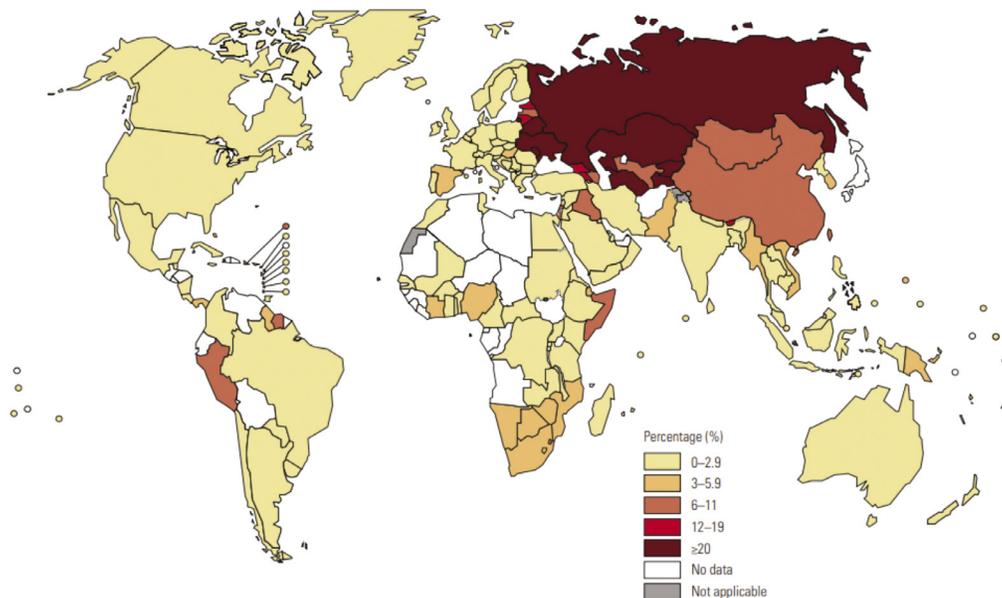
В целом в России происходит улучшение эпидемической ситуации, но высокий уровень МЛУ-ТБ (31,5 % МЛУ-ТБ среди впервые выявленных), распространение ВИЧ-инфекции и увеличение рисков сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ (25,6 % ТБ/ВИЧ среди новых случаев ТБ и рецидивов) будут отрицательно влиять на ситуацию в целом. ВИЧ-инфекция не позволит существенно снизить показатель «заболеваемость ТБ» и приведет к росту летальности пациентов в ряде субъектов Российской Федерации.

Исходя из вышесказанного, приоритетными в стране являются те направления противотуберкулезной работы, которые обеспечат наиболее выраженное влияние на эпидемический процесс и позволят снизить уровень распространенности ТБ. Одним из таких направлений является борьба с ТБ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Распространение в стране ВИЧ-инфекции уже оказывает существенное влияние на эпидемическую ситуацию по ТБ. Следующим приоритетным направлением является совершенствование методов диагностики и лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ. Для уменьшения распространения МЛУ-ТБ требуются концентрация усилий всей национальной системы здравоохранения, модернизация противотуберкулезной службы с учетом специфики оказания медицинской помощи таким больным.

Лечение пациентов с МЛУ-ТБ требует длительных курсов терапии с применением схем дорогостоящих и токсичных препаратов, патогенетических воздействий, нередко использования высокотехнологичных методов хирургического и эндоскопического лечения. Необходимым звеном являются организация контролируемого приема противотуберкулезных препаратов в течении долгого срока (до 20 месяцев лечения), психологическая и социальная поддержка, долечивание и реабилитация в условиях специализированных санаториев. В настоящее время в соответствии с международными тенденциями в стране начинают внедрять новые короткие режимы лечения, но пока это небольшое количество регионов, которые работают в рамках операционных исследований.

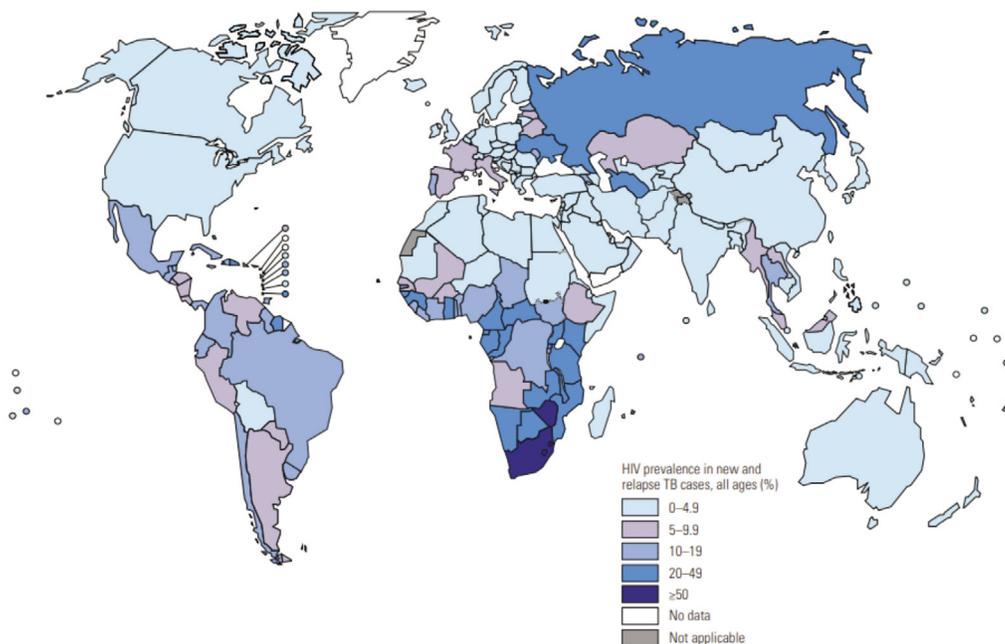


### Percentage of new TB cases with MDR/RR-TB\*



\*Percentages are based on the most recent data point for countries with representative data from 2005 to 2020. Model-based estimates for countries without data are not shown. MDR-TB is a subset of RR-TB.

### Доля ВИЧ-инфицированных среди новых случаев и рецидивов ТБ, 2019 (Global TB report 2020)





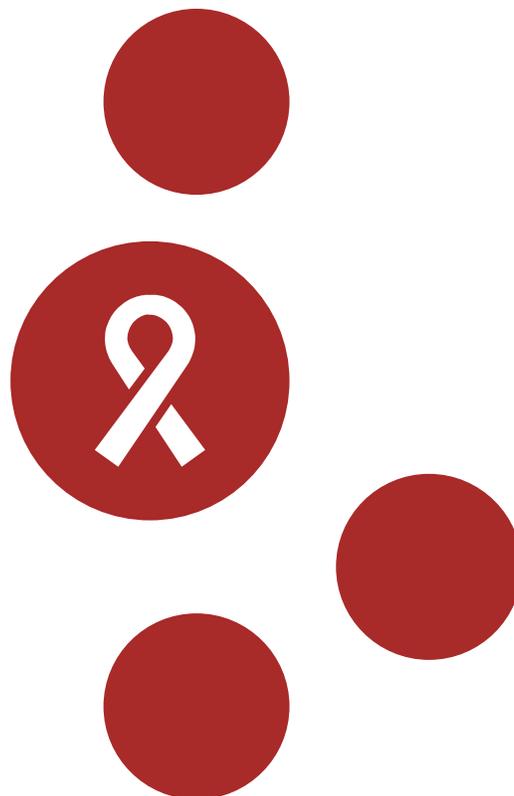
## Эпидемия МЛУ и ШЛУ ТБ на фоне проблем доступности лечения для людей с тройным диагнозом - зависимость/ВИЧ/ТБ

ТБ – инфекционное (заразное) заболевание, которое развивается при попадании в организм человека бактерии (*Mycobacterium tuberculosis*) — МБТ. Чаще всего поражает легкие. Может поражать любые органы человека кроме волос и ногтей. При кашле, чихании или отхаркивании больные легочными формами ТБ выделяют в воздух бактерии. Для инфицирования человеку достаточно вдохнуть лишь незначительное количество таких бактерий. Инфицирование (заражение) — попадание МБТ в организм человека, в результате которого развивается туберкулезная инфекция (ТБИ) либо активный ТБ. Термин «ТБИ» означает, что пациент инфицирован микобактериями ТБ, но у него отсутствуют признаки активного туберкулезного процесса по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным. После контакта с МБТ большая часть людей (70-90 %) не будут инфицированы. Однако другая часть людей (30-10 %) будут инфицированы и у них разовьется ТБИ. Наибольший риск развития активного ТБ существует в течение первых двух лет после контакта.

**Факторы риска развития активного ТБ: состояния или заболевания, угнетающие иммунную систему человека — ВИЧ; употребление различных психоактивных веществ, табака; дефицит массы тела, сахарный диабет, язвенная болезнь, хронические бронхо-легочные заболевания и др.**

Для ВИЧ-положительных людей ежегодный риск развития ТБ составляет 5-10 % после контакта с больным ТБ. В то время как для ВИЧ-отрицательных людей: 5 % в течение первых 5 лет<sup>15</sup> и 5 % в течение остальной жизни. Таким образом, если говорить о ВИЧ-положительных людях, употребляющих наркотики, то они являются группой крайне высокого риска в отношении развития ТБ, так как имеют множество факторов, одновременно повышающих вероятность развития заболевания.

Очевидно, что люди, употребляющие наркотики, сильнее прочих страдают от ВИЧ, вирусных гепатитов и ТБ и часто оказываются неохваченными эпидемическими ответными мерами, которые вводятся на уровне страны или города. Для профилактики и лечения социально-значимых заболеваний среди людей, употребляющих наркотики, существуют эффективные средства, но недостаточные инвестиции в ресурсы (финансовые, человеческие и материальные) часто делают их недоступными. Сложившаяся ситуация зависит от целого ряда причин, в том числе, криминализацией, стигматизацией, дискриминацией людей, употребляющих наркотики, а также нарушением основных прав человека<sup>16</sup>.





## Краткая информация о механизме формирования МЛУ/МЛУ/ШЛУ ТБ

Лекарственная устойчивость - это природная или приобретенная способность возбудителя заболевания сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственных средств. Это снижение чувствительности до такой степени, что данный микроорганизм способен размножаться при воздействии на него препарата в терапевтической концентрации.

### Классификация лекарственной устойчивости микобактерий (МБТ)<sup>17</sup>:

#### Монорезистентность

устойчивость МБТ к одному противотуберкулезному препарату

#### Полирезистентность

устойчивость МБТ к двум и более препаратам, но не к сочетанию изониазида и рифампицина (основным препаратам первого ряда для лечения чувствительного ТБ)

#### Н устойчивый ТБ

устойчивость МБТ как минимум к изониазиду, но не к сочетанию изониазида и рифампицина

#### R устойчивый ТБ

устойчивость МБТ как минимум к рифампицину

#### Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ)

это устойчивость МБТ одновременно к изониазиду и рифампицину независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам

#### Пре-широкая лекарственная устойчивость (пре-ШЛУ)

это устойчивость МБТ к рифампицину с устойчивостью к изониазиду или без нее, в сочетании с устойчивостью к любому фторхинолону

#### Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ)

это устойчивость МБТ к рифампицину с устойчивостью к изониазиду или без нее, в сочетании с устойчивостью к любому фторхинолону и, по крайней мере, к линезолиду или бедаквилину

Обычно каждый следующий вариант устойчивости лечится сложнее предыдущего, однако важно помнить, для каждой формы разработан эффективный режим лечения.

Важным свойством изменчивости является формирование устойчивости к противотуберкулезным препаратам, которая закрепляется генетически. К сожалению, это необратимая ситуация, снова сделать бактерию чувствительной к препаратам невозможно. Это создает серьезную проблему для здравоохранения

в связи с распространением МЛУ и ШЛУ ТБ во всем мире.

По своей природе лекарственная устойчивость МБТ обусловлена хромосомными мутациями: она развивается в результате одной или нескольких хромосомных мутаций в независимых генах МБТ. По современным научным данным МЛУ как результат спонтанных (природных) мутаций практически невозможна, а мутации, приводящие к развитию устойчивости к различным препаратам, генетически не связаны.

С клинической точки зрения причинами возникновения МЛУ ТБ являются: поздняя диагностика первичной лекарственной устойчивости; неадекватно выбранный режим терапии; недостаточное количество принятых доз и/или досрочное завершение лечения; перерывы в лечении.

ШЛУ и пред-широкая лекарственная устойчивость (пре-ШЛУ) – наиболее сложные для составления схемы терапии виды устойчивости МБТ.

Факторы риска развития ШЛУ-ТБ: первичная МЛУ, два и более курса химиотерапии ТБ в анамнезе, применение ПТП резервного ряда в предыдущих курсах химиотерапии.

### Причины, располагающие к повышенному риску развития МЛУ-ТБ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, несколько отличаются от описанных выше причин и факторов. В литературе рассматриваются следующие:

1. Особенности фармакокинетики ПТП, в том числе в связи с межлекарственными взаимодействиями<sup>18</sup>. Некоторые препараты антиретровирусной терапии могут снижать эффективность ПТП. Они снижают всасываемость лекарственных веществ и повышают возможность мальабсорбции (нарушение усвоения питательных веществ) на фоне ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний, поражающих желудочно-кишечный тракт<sup>19</sup>.
2. Более высокая доля штаммов МБТ, обладающих высокой жизнеспособностью у больных ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, что приводит к более быстрому накоплению мутаций на фоне активного размножения пула микобактерий<sup>20</sup>. Это важное отличие в развитии МЛУ-ТБ ВИЧ-положительных людей от людей без ВИЧ.
3. Социальное неблагополучие больных ВИЧ-инфекцией также влияет на приверженность терапии<sup>21,22</sup>.



Все эти теории представляются вполне рациональными, однако доказано, что пациенты с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ наиболее значительно отличаются от больных ТБ без ВИЧ именно по частоте встречаемости первичной, нежели вторичной лекарственной устойчивости МБТ<sup>23,24</sup>.

Большую роль во взаимосвязи МЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекции, по-видимому, играет риск контактов с пациентами, имеющими лекарственно устойчивый ТБ в местах оказания медицинской помощи и местах лишения свободы. По данным молекулярно генетических исследований смыслов с объектов производственной среды разных медицинских организаций на наличие ДНК МБТ установлена широкая циркуляция возбудителя в поликлинике Центра СПИД. Ведь наиболее заразными являются больные ТБ, которые еще не знают о своем заболевании и не получают специфического лечения (именно такие больные с ко-инфекцией посещают поликлинику Центра СПИД). Пациенты с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ выделяют МБТ чаще и являются более массивными бактериовыделителями, чем больные ТБ без ВИЧ<sup>25,26</sup>. В другой работе при изучении жизнеспособности МБТ (по скорости и массивности роста) у ВИЧ-позитивных больных диссеминированным ТБ легких были показаны преобладание возбудителя с высокой жизнеспособностью и более значительная массивность бактериовыделения<sup>27</sup>. Снижение CD4+ лимфоцитов, играющих ключевую роль в противотуберкулезном иммунитете, у больных с сочетанной инфекцией сопровождается усиленным размножением МБТ в легких и диссеминацией возбудителя. Соответственно, у больных ВИЧ-инфекцией диссеминированный и генерализованный ТБ развиваются гораздо чаще, чем у больных с моноинфекцией ТБ<sup>28</sup>.

Также существует высокий риск контакта с МБТ при совместном употреблении психоактивных веществ. У ВИЧ-положительных людей происходит развитие заболевания в ближайшее время после инфицирования МБТ ввиду сниженного первичного иммунного ответа. То есть после контакта с МБТ у ВИЧ-положительных людей риск развития ТБ в течении двух лет очень высок. Особенно среди ВИЧ-положительных людей, употребляющих наркотики.

В лечении ТБ используется пять режимов химиотерапии. Режимы химиотерапии назначаются на основании индивидуальных результатов определения лекарственной устойчивости возбудителя. Лечение состоит из интенсивной фазы и фазы продолжения. Основные принципы лечения ТБ у человека, живущего с ВИЧ, не отличаются от таковых у больных без ВИЧ-инфекции и зависят от лекарственной чувствительности МБТ к препаратам. При это всегда необходимо учитывать лекарственные взаимодействия с антиретровирусной терапией (АРТ). При лечении сочетанной инфекции ВИЧ и ТБ прием препаратов двойной терапии (АРТ и ПТП) повышает риск перерывов и отказа от лечения. Также в случае лечения ВИЧ-положительных людей следует помнить о синдроме восстановления иммунной системы, как фактора оказывающего влияние на состояние больных, приступающих к лечению ТБ и дальнейшую приверженность лечению ТБ.



## Краткое описание Российской системы лечения ТБ

Медицинская помощь пациентам больным ТБ оказывается согласно приказу Минздрава России № 932н от 15.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным ТБ».

После выявления ТБ пациента ставят на учет в противотуберкулезной службе. Обычно после регистрации нового случая ТБ система здравоохранения срабатывает четко и быстро, особенно если речь идет о ТБ с бактериовыделением. Обследуют всех, кто живет с пациентом в одной квартире, а также сотрудников по месту работы. Об остальных людях, с которыми был близкий контакт, пациент может сообщить, тогда их пригласят на обследование. Разумеется, рассказывать о своей болезни или нет своему ближайшему окружению, а также предоставлять контакты этих людей медицинским работникам, остается личным выбором каждого пациента. Пациенты, больные сочетанной патологией ВИЧ/ТБ/Наркозависимость имеют множественные контакты, открытым остается вопрос о том, какая часть этих контактов своевременно проходит обследование и назначают ли им лечение ТБ инфекции.

Врачебная комиссия определяет место начала лечения пациента. Оно может осуществляться: в круглосуточном противотуберкулезном стационаре; в дневном стационаре; в ТБ санатории; амбулаторно. Если пациент не является бактериовыделителем, имеет ограниченный объем ТБ процесса и не имеет серьезных сопутствующих заболеваний, то лечение может быть начато амбулаторно.

Показанием для госпитализации в круглосуточный стационар могут быть факторы медицинского, немедицинского характера, а также их сочетание:

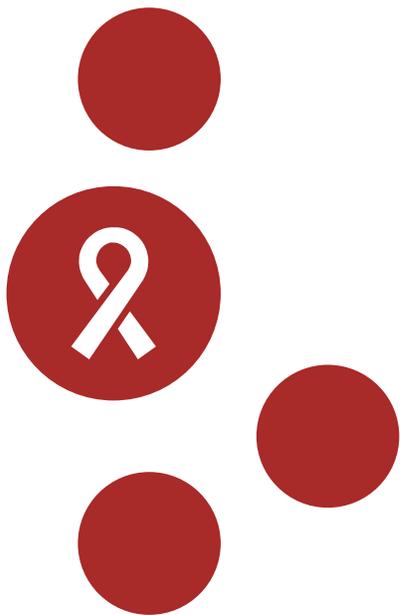
### Медицинские факторы:

- Пациент является бактериовыделителем, то есть в его мокроте обнаруживаются МБТ<sup>29</sup>;
- У пациента отмечаются осложнения ТБ, независимо от того, выделяет ли он МБТ;
- Тяжелое или средней тяжести течение ТБ у пациента, также вне зависимости от бактериовыделения;
- Появление тяжелых побочных реакций на ПТП, которые невозможно купировать на амбулаторном этапе лечения, независимо от бактериовыделения;
- Наличие сопутствующих заболеваний среднетяжелого или тяжелого течения.

### Немедицинские (социальные) факторы:

- Наличие эпидемических факторов: проживание в коммунальной квартире, общежитии, в квартире с новорожденными и другими несовершеннолетними детьми, беременными женщинами;
- Наличие обстоятельств, которые могут снизить приверженность пациента к лечению (например, употребление психоактивных веществ);
- Отсутствие приверженности к лечению на амбулаторном этапе лечения, зафиксированное врачебной комиссией.

Решение о сроках и организационной форме лечения больного принимается врачебной комиссией в каждом случае индивидуально, в зависимости от клинических, бактериологических и социальных факторов. Продление стационарного этапа лечения определяется с учетом перечисленных выше факторов.





В настоящее время в России в структуре противотуберкулезной службы стационарное звено существенно преобладает над внебольничным, что не отвечает современным требованиям к лечебному процессу<sup>30</sup>. Лечение ТБ обеспечивается государством, для пациента оно полностью бесплатно<sup>31</sup>. Проходить курс лечения можно как в больнице, так и амбулаторно (получая препараты в противотуберкулезном диспансере). Чаще всего интенсивная фаза лечения проходит именно в больнице. Обычно за этот срок удается не только достичь абациллирования (то есть пациент перестает выделять бактерии, как это могло быть до начала лечения), но и подобрать подходящую схему и увидеть первые положительные результаты. Как правило, после окончания интенсивной фазы пациента выписывают домой под наблюдение участкового врача-фтизиатра для продолжения лечения. В некоторых случаях практикуется дневной стационар – ежедневные визиты в диспансер и прием препаратов в присутствии медсестры, видеоконтроль – прием препаратов дома, но также под наблюдением медперсонала при помощи видеосвязи, патронаж на дому.

Минимальный срок лечения больного ТБ – шесть месяцев. Такая длительность лечения будет в случае, если у пациента ограниченная форма ТБ, нет бактериовыделения и сохранена чувствительность микобактерии к основным препаратам первого ряда. Все остальное – более распространенный ТБ, наличие бактериовыделения, лекарственно устойчивые формы ТБ, сопутствующие заболевания – удлиняют срок химиотерапии. Курс может продолжаться до 20 месяцев.

В условиях дневного стационара полный курс лечения проходят пациенты, приверженные к лечению, с ТБ органов дыхания без распада и бактериовыделения, а также в удовлетворительном физическом состоянии.

### **Лечение в дневном стационаре имеет определенные ограничения:**

- заболевание должно протекать бессимптомно или малосимптомно;
- сопутствующие заболевания должны быть в легкой форме или отсутствовать;
- побочные реакции на ПТП могут быть купированы без госпитализации в стационар;
- больные активным ТБ не должны проживать вместе с детьми и подростками;
- пациенты не должны иметь отягчающих социальных факторов и быть приверженными лечению.

Кроме того, в условиях дневного стационара могут получать лечение все пациенты, успешно завершившие интенсивную фазу лечения, если, по решению врачебной комиссии, у них не выявлено медицинских, социальных и/или эпидемических показаний для дальнейшего стационарного лечения. Такие пациенты получают контролируемое лечение на фазе продолжения в условиях дневного стационара на весь срок фазы или частично, чередуя с санаторным этапом.

Пациенты, успешно завершившие интенсивную фазу химиотерапии, могут продолжить лечение в условиях ТБ санатория. В случаях отказа пациента с бактериовыделением от госпитализации или посещения дневного стационара, лечение может быть организовано на дому при обязательном ежедневном посещении медицинским работником, для осуществления контролируемого лечения. Амбулаторное лечение на фазе продолжения выполняется в противотуберкулезных диспансерах, не имеющих дневного стационара.

После окончания основного курса лечения при исчезновении всех клинико-рентгенологических и микробиологических признаков активного ТБ, подтвержденных систематическим обследованием пациента, он считается клинически излеченным и переводится в III группу диспансерного учета для дальнейшего диспансерного наблюдения и реабилитации.

Успех лечения ВИЧ-инфекции и ТБ должен определяться не столько клиническими и лабораторными показателями в тщательно отобранных группах пациентов, а скорее способностью медицинских и немедицинских специалистов донести и обеспечить лечение ВИЧ-положительным людям, которые маргинализированы в обществе.



## Информация о взаимосвязи роли гражданской и тюремной систем лечения ТБ и эпидемии ЛУ ТБ

Необходимо обеспечивать непрерывность лечения ТБ в тюрьмах и других условиях заключения для снижения количества летальных исходов, развития устойчивости и дальнейшей передачи МБТ. Лечение должно следовать за заключенным на всех стадиях его задержания, в том числе в досудебном заключении, во время перевода в другую тюрьму и после выхода на свободу<sup>32</sup>.

В России в местах лишения свободы 53,8% пациентов выявляется в первые дни поступления в СИЗО, что указывает на недостатки в организации выявления ТБ среди групп высокого социального риска<sup>33</sup>.

В 2019 году в рамках исследования Medical Care for Tuberculosis-HIV-Coinfected Patients in Russia with Respect to a Changeable Patients' Structure проанализированы социальные характеристики ВИЧ-инфицированных больных с диагнозом ТБ: безработные трудоспособного возраста без инвалидности составляют 80,2 % заболевших; инвалиды составляют 13,3 %; бездомные составляют 4,1 %; и ранее отбывавшие наказание 53,7 %, из которых 57,1 % находились в местах лишения свободы более трех лет.<sup>34</sup>

По данным официальной статистики число впервые выявленных больных ТБ в учреждениях ФСИН России ежегодно снижается равномерно и линейно; пандемия COVID-19 не оказала значимого влияния на выявление больных ТБ в пенитенциарных учреждениях<sup>35</sup>. Доля лиц, находящихся в учреждениях ФСИН РФ, в структуре впервые заболевших ТБ сократилась с 7,6 % в 2018 году до 7,3 % в 2019 году.

**Особая проблема в организации непрерывного лечения ТБ среди людей, освобождающихся из мест лишения свободы, заключается в отсутствии преемственности между медицинской службой ФСИН и гражданским сектором. Фтизиатры отмечают случаи, когда медицинская документация из ФСИН передается несвоевременно и содержит неполную информацию о состоянии и этапах лечения больных.**

По данным благотворительных организаций, сопровождающих эту группу пациентов, часто встречаются случаи недоверия пациентов медицинским назначениям в период отбывания наказания. Пациентов в пенитенциарной системе слабо консультируют медицинские и немедицинские специалисты, нет обучения по вопросам лечения ТБ, нет программ ухода и поддержки.



## Информация о недоступности эффективного лечения ТБ для людей с зависимостью и ее роли в эпидемии ЛУ ТБ в России

По всему миру люди, употребляющие инъекционные наркотики, в непропорциональной мере подвержены ВИЧ-инфекции. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, также имеют повышенный риск инфицирования ТБ в сравнении с населением в целом. Доказательства, которые указывают на связь ТБ с потреблением наркотиков, в основном связаны с употреблением наркотиков инъекционным путем, но в группе повышенного риска заболевания ТБ также находятся люди, курящие крэк-кокаин и опиум.<sup>36</sup>

### Эффективность лечения больных ТБ в мире и Российской Федерации в сравнении с европейской и общемировой статистикой

Категории больных	показатель эффективности***		
	Россия	Мир	Европа
Новые случаи и рецидивы	69%	85%	75%
Ранее леченые	48%	71%	57%
МЛУ/РУ-ТБ	55%	58%	59%
Ко-инфекция ТБ/ВИЧ	44%	76%	52%

Эффективность лечения больных ТБ для победы над эпидемией ТБ должна составлять не менее 85 %\*. Эффективность лечения больных МЛУ ТБ –75 %\*\*.

\* Дорожная карта по профилактике и борьбе с лекарственно-устойчивым ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011

\*\* Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015, WHO, 2013

\*\*\* Global TB Report 2020

Как видно из таблицы, в России эффективность лечения каждой группы пациентов ниже, чем это необходимо для победы над эпидемией ТБ. Среди пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ она особенно низка. На данный факт не может не влиять то, что среди этой группы пациентов число наркозависимых людей составляет не менее 60-70 %. Ключевые проблемы людей, использующих психоактивные вещества, играют огромное значение в диагностике, профилактике и лечении ТБ. Безусловно, одна из ключевых проблем - это высокий уровень стигматизации наркопотребителей в обществе, самостигматизация и постоянный страх уголовного преследования. Данное сообщество максимально закрыто и как правило люди не обращаются своевременно для получения медицинской помощи. У сотрудников фтизиатрической службы недостаточно опыта и знаний для работы с ВИЧ-положительными людьми, употребляющими

наркотики. В программах диагностики, профилактики и лечения ТБ отсутствует низкопороговый, беспрепятственный доступ ВИЧ-положительным наркопотребителям. Как правило, у них отсутствуют документы, многие из них не привержены приему АРТ, они не обращают внимание на симптомы ТБ, их выписывают из стационара за нарушения режима, они не продолжают лечение амбулаторно. Социальная изоляция объясняет, почему пациенты не обращаются за медицинской помощью даже в острых состояниях, что исключает раннюю диагностику имеющегося заболевания и снижает вероятность успешного лечения. Это также свидетельствует о непонимании возможных рисков и низкой мотивации в лечении, что приводит к нарушению правил приема лекарственных препаратов.



В существующих программах профилактики ВИЧ консультированию по вопросам ТБ отводится незначительная роль. Согласно опросу социально ориентированных общественных организаций об опыте работы в сфере профилактики, диагностики и лечения ТБ а также ко-инфекции ВИЧ/ТБ, проведенному в 2022 году<sup>37</sup> - 100 % опрошенных имеют потребность в дополнительных знаниях по вопросам ТБ. В исследовании приняли участие сотрудники 32 организаций из 20 регионов страны. Среди групп, с которыми работают опрошенные сотрудники НКО наиболее часто встречаются ВИЧ-положительные люди (95 %) и люди, употребляющие наркотики (90 %). 58 % из числа опрошенных консультируют по вопросам профилактики ТБ. Несколько реже (50 %) консультируют по вопросам диагностики ТБ. Наиболее редко консультации посвящены таким темам как: приверженность к лечению ТБ (37,5 %) и лечение ТБ (22,5 %). То есть роль некоммерческих организаций в сопровождении ВИЧ-положительных наркозависимых людей в период лечения ТБ довольно низкая. Среди сотрудников ВИЧ-сервисных НКО распространено мнение, что ТБ можно лечить исключительно в стационаре. Хотя для наркозависимых пациентов отлично подходят стационар-замещающие способы лечения: видеоконтроль или стационар на дому. Опыт реализации пациент-ориентированных проектов доказал их эффективность. Среди пациентов на грани досрочного прерывания лечения, включенных в проект «Спутник» в Томской области приверженность выросла с 59,8 % до 78,5%<sup>38</sup>. Внедрение пациент-ориентированного подхода позволило повысить приверженность пациентов с ТБ к лечению до 87,1 %.

По свидетельствам наркозависимых людей, живущих с ВИЧ, сообщение о диагнозе ТБ наносит серьезный удар по психическому здоровью. Среди этой группы пациентов очень сильны мифы о том, что ТБ неизлечим и обязательно приведет к смерти. Если говорить о сочетании ТБ и проблем психического здоровья, то эта связь очевидна. Например, в Казахстане депрессия была выявлена у 50% пациентов с МЛУ ТБ на старте лечения, в ходе лечения развилась депрессия еще у 18%, 11% пациентов испытывали тревожное расстройство.<sup>39</sup> Примерно у половины людей с длительными психическими заболеваниями отмечается употребление алкоголя или наркотиков или наркотическая зависимость в анамнезе<sup>40</sup>. Более 50% лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, имеют сопутствующее психическое нарушение. Из них: 26% имеют аффективное расстройство, такое как депрессия или маниакальная депрессия; 28% имеют тревожное расстройство<sup>41</sup>. В период лечения ТБ среди ВИЧ-положительных людей, употребляющих наркотики, особое внимание следует уделять вопросам психического здоровья. Психоз может быть побочным эффектом лечения ТБ. В условиях стремительно меняющейся наркосцены, очень важно учитывать взаимосвязь ПТП и различных наркотических средств для избежания тяжелых побочных эффектов, вызванных их сочетанием. То есть медицинский

персонал должен владеть навыками консультирования пациентов, употребляющих наркотики. На практике такие пациенты не получают никакого наркологического лечения. Даже абстинентный синдром в противотуберкулезном стационаре не купируется, поэтому люди продолжают употреблять психоактивные вещества в больницах или уходят из стационара. При этом Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 135н от 04.09.2012 “Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ” предусматривает назначение трамадола для снятия острого абстинентного состояния в условиях стационара сроком в течение 10 дней. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 124н от 04.09.2012 “Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ” также предусматривает назначение трамадола для снятия острого абстинентного состояния, но в амбулаторных условиях в течение 10 дней. Однако такое назначение в России не практикуется нигде кроме Калининградской области.<sup>42</sup>

Вместе с тем, лечение ТБ и наркозависимости является крайне важным для ВИЧ-положительных людей, без доступа к этому лечению пациенты могут умереть от ТБ или передозировки. Проведенное исследование причин смерти группы больных ВИЧ/ТБ<sup>43</sup> в пяти регионах РФ выявило, что летальный исход не связан с ТБ в половине случаев. К наиболее частым причинам смерти относятся несколько вторичных инфекций с синдромом истощения в 19,7 % случаев; другие вторичные инфекции — у 27,1 %; цирроз печени, развившийся вследствие гепатита С или алкоголизма — у 18,7 %; передозировка препарата — у 12,3 %; несчастные случаи — в 4,6 %.

**На фоне запрета поддерживающей терапии агонистами опиоидов и повсеместного отсутствия наркологической помощи в учреждениях противотуберкулезной службы, ситуация с доступом к лечению становится еще более трагичной. Люди с сочетанными заболеваниями ВИЧ/ТБ/наркозависимость, ограниченные в доступе к медицинским услугам часто теряют трудоспособность и остаются без средств к существованию. Им негде жить, нечем питаться, они не могут обеспечить свои ежедневные потребности. Они остаются на иждивении родственников или же опускают руки и погибают. В таких случаях требуется комплексное социальное сопровождение.**



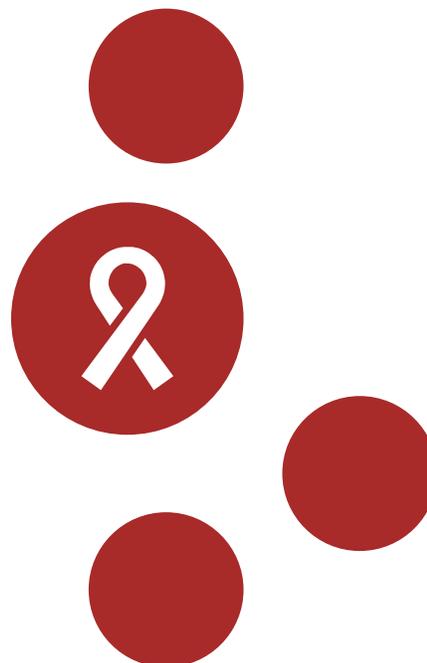
## Проблемы с доступностью медицинской помощи для людей употребляющих наркотики, затронутых эпидемия ВИЧ и ТБ во время пандемии COVID-19.

Оценка эпидемической ситуации по ТБ необходимы для планирования мероприятий по оказанию и совершенствованию фтизиатрической помощи. Особую важность эти сведения приобрели в 2020 и 2021 г., когда Российская Федерация, как и многие государства мира, была вынуждена принимать меры, сдерживающие распространение эпидемии COVID-19<sup>44</sup>. Эти меры привели к изменению уклада жизни населения, а также оказали существенное влияние на систему оказания медицинской, в том числе противотуберкулезной помощи. В качестве мер социальной поддержки населения осуществлялись единовременные выплаты и пособия. Это позволило избежать выраженного снижения уровня жизни населения, которое способно негативно повлиять на эпидемическую ситуацию по ТБ<sup>45</sup>. Данная мера поддержки была практически недоступна для людей, употребляющих наркотики, ввиду частого отсутствия документов, что делает невозможным процесс оформления государственных льгот и пособий.

В 2020 году в России были приняты временные методические рекомендации по оказанию противотуберкулезной помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)<sup>46</sup>. В этих рекомендациях описаны необходимые организационные мероприятия для снижения отрицательных эффектов пандемии COVID-19. Отдельное внимание заслуживает рекомендации о сокращении длительности стационарного этапа лечения и расширении организации лечения на амбулаторном этапе, организации дистанционного консультирования пациентов на всех этапах лечения, организации контроля лечения вне стационара дистанционно с помощью интернет-технологий. Развитие стационар-замещающих подходов в лечении ТБ могут помочь в сохранении приверженности лечению среди людей, живущих с ВИЧ/тб/зависимостью. Очевидно, что существует необходимость тиражирования подобных успешных практик и внедрение их в работу противотуберкулезных учреждений по всей стране.

В отдельных регионах некоммерческие организации участвовали в доставке противотуберкулезных и антриретровирусных препаратов на дом к пациентам.

Однако, несмотря на реагирование системы медицинской помощи на пандемию, при анализе структуры контингентов, умерших от ТБ, и в 2020, и в 2021 г. отмечается рост числа постоянных жителей, у которых заболевание ТБ было выявлено посмертно, практически до уровня 2016 г. (2015 г. – 1 011 чел., 2016 г. – 836 чел., 2017 г. – 723 чел., 2018 г. – 748 чел., 2019 г. – 749 чел., 2020 г. – 792 чел., 2021 г. – 847 чел.). Доля впервые выявленных больных ТБ постоянных жителей, у которых заболевание было выявлено посмертно, среди впервые выявленных больных ТБ постоянных жителей выросла с 1,7-1,8 в 2015-2019 гг. до 2,7% в 2020 г. и 2,9 в 2021 г. Структура больных ТБ постоянных жителей, выявленных посмертно и умерших до года наблюдения, наглядно свидетельствует об ухудшении выявления больных ТБ в 2020-2021 гг., что привело к посмертному (рост доли больных с посмертно выявленным ТБ) и запоздалому (рост доли больных ТБ, умерших до года наблюдения) выявлению случаев заболевания ТБ<sup>47</sup>.





## Рекомендации для улучшения доступности лечения ТБ для людей с зависимостью

### Ранний доступ к АРТ и лечению ТБ

Персонал НПО часто является первой точкой входа наркозависимых людей в программы лечения, ухода и поддержки ВИЧ и ТБ, поэтому необходимо максимально использовать каждую возможность проведения консультирования и тестирования на ВИЧ и ТБ. Сотрудники НПО должны уметь распознавать симптомы ТБ и иметь возможность направить пациентов в профильные медицинские учреждения. Скрининг на ТБ в России обязательно должен быть доступным для людей, употребляющих наркотики, особенно на лекарственно-устойчивые формы ТБ. Люди, живущие с ВИЧ, должны регулярно проходить скрининг согласно рекомендованному ВОЗ алгоритму скрининга ТБ, основанному на четырех симптомах. Данный скрининг позволяет исключить возможность наличия активного ТБ. Также он помогает определять тех, кому требуется дальнейший осмотр, диагностика и лечение ТБ, при необходимости. ВОЗ рекомендует применение Xpert MTB/RIF в качестве первого теста на активный ТБ для всех людей, живущих с ВИЧ, и для любого человека с подозрением на МЛУ-ТБ. Организации, которые оказывают поддержку людям, употребляющим инъекционные наркотики, могут предлагать доступ к раннему обнаружению ТБ и своевременной профилактике и лечению от ТБ и ВИЧ. Поэтому крайне важно, чтобы сотрудники таких программ были осведомлены о симптомах ТБ.

Инструмент для скрининга симптомов ТБ для людей, употребляющих инъекционные наркотики и живущих с ВИЧ, не требует затрат, его возможно ввести в практику консультирования наркозависимых ВИЧ-положительных людей медицинскими и немедицинскими специалистами<sup>48</sup>.



Также рекомендуется проводить систематический скрининг ТБ с помощью других методов, например, рентгена среди людей, употребляющих инъекционные наркотики и не живущих с ВИЧ, в странах с высоким бременем ТБ.

АРТ в настоящее время является самой действенной стратегией сокращения заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, независимо от числа клеток CD4; несмотря на это, доступ к АРТ для наркопотребителей остается непропорционально низким. Доступность АРТ снижает риск заболевания ТБ у ВИЧ-инфицированных на 58-80 %<sup>49</sup>. То есть обязательным условием профилактики ТБ является раннее начало АРТ. Но несмотря на раннее назначение и длительный прием АРТ, заболеваемость ТБ среди ВИЧ-положительных людей остается высокой, поэтому необходимы дальнейшие вмешательства для снижения этого бремени. Одним из таких вмешательств является лечение

ТБИ. Лечение ТБ инфекции следует проводить всем ВИЧ-положительным людям без исключения (взрослым, подросткам, детям, включая беременных женщин) (ВОЗ, 2020), вне зависимости от уровня CD4. Профилактическое лечение должно быть рекомендовано после исключения активного ТБ.

### Повышение уровня знаний сообщества, сотрудников НКО и медицинских работников

Необходимо повышать уровень знаний сообщества людей, употребляющих наркотики и работающих с ними специалистов по вопросам профилактики, диагностики и лечения ТБ. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, которые получают необходимую поддержку, могут успешно соблюдать режим лечения и иметь клинические результаты, схожие с теми, что у людей, которые не употребляют наркотики. Уровень



приверженности к лечению повышается при прямом наблюдении за приемом лекарства, напоминаниями и консультациями равных; при наличии помощи в кризисных ситуациях и материального стимулирования, и также посредством пакета мер по уходу, в который входит ПТАО и который соответствует потребностям людей, употребляющих инъекционные наркотики, в отношении здоровья и психологического комфорта. Необходимо вносить изменения в существующие подходы к лечению и профилактике ВИЧ-ТБ с учетом особенностей, присущих людям, употребляющим наркотики. Пациенты должны быть достаточно мотивированы для обращения за медицинской помощью сразу же после появления первых признаков ТБ, то есть знать эти признаки и обращать на них внимание. Роль поддержки сообщества в лечении ТБ и соблюдения режима лечения может играть ведущую роль. Организации и сети сообщества играют ключевую роль в обеспечении доступа и вовлечении в услуги ТБ, в поддержке доступа к услугам по лечению и профилактике. Группы взаимопомощи могут предоставлять эмоциональную поддержку, чтобы справляться с дополнительными трудностями, связанными с ТБ, в том числе со стигмой и дискриминацией. Они также могут повысить осведомленность о лечении и соблюдении режима лечения, и бороться за право доступа к услугам тем, кто сталкивается с этими трудностями<sup>50</sup>.

## **Развитие наркологической помощи в период лечения ТБ**

Необходимо повышать уровень знаний медицинских работников о психоактивных веществах, их влиянии на процесс лечения. Активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении. Знание о потенциальных взаимодействиях между препаратами критически важно для эффективного лечения. Очевидна необходимость клинических исследований по взаимодействию препаратов и психоактивных веществ. Результаты исследований дают информацию для практики, однако лечение должно быть индивидуальным. Должна произойти интеграция лечения ВИЧ/ТБ и наркологии. До сих пор существует дефицит информации о специфике лечения ТБ и ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики.

В рамках проекта по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных ТБ, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией, дается описание порядка лечения пациентов, употребляющих опиаты<sup>51</sup>. Лечение этой группы является комплексным и должно сочетаться с активной психотерапией. Всеми медицинскому персоналу, принимающему участие в лечении пациента с наркоманией, необходимо постоянно проводить консультирования по вопросам приверженности лечению. Купирование абстинентного синдрома проводится в условиях палаты интенсивной терапии

противотуберкулезного стационара в соответствии с принятыми стандартами (обезболивающие, снотворные, транквилизаторы, нейролептики и другие препараты). На время купирования абстинентного синдрома противотуберкулезная терапия не проводится. В дальнейшем больной переводится в отделение для лечения основного заболевания. На этом этапе оказывается поддерживающее медикаментозное лечение (антидепрессанты, снотворное, транквилизаторы и другие препараты) и проводятся различные реабилитационные мероприятия. После перевода из палаты интенсивной терапии препараты вносятся в лист назначений и выдаются медсестрой под контролем. Эффективность лечения зависит от уровня мотивации пациента, социальной и интеллектуальной сохранности. Важный момент в работе с больными ТБ, употребляющими наркотики опийной группы — это профилактика смертельных случаев, вызванных передозировкой опиатами. Оптимально иметь в наличии налоксон в стационаре и в случае лечения таких пациентов на дому. Необходимо улучшать качество оказания психиатрической и наркологической помощи в период лечения ТБ.

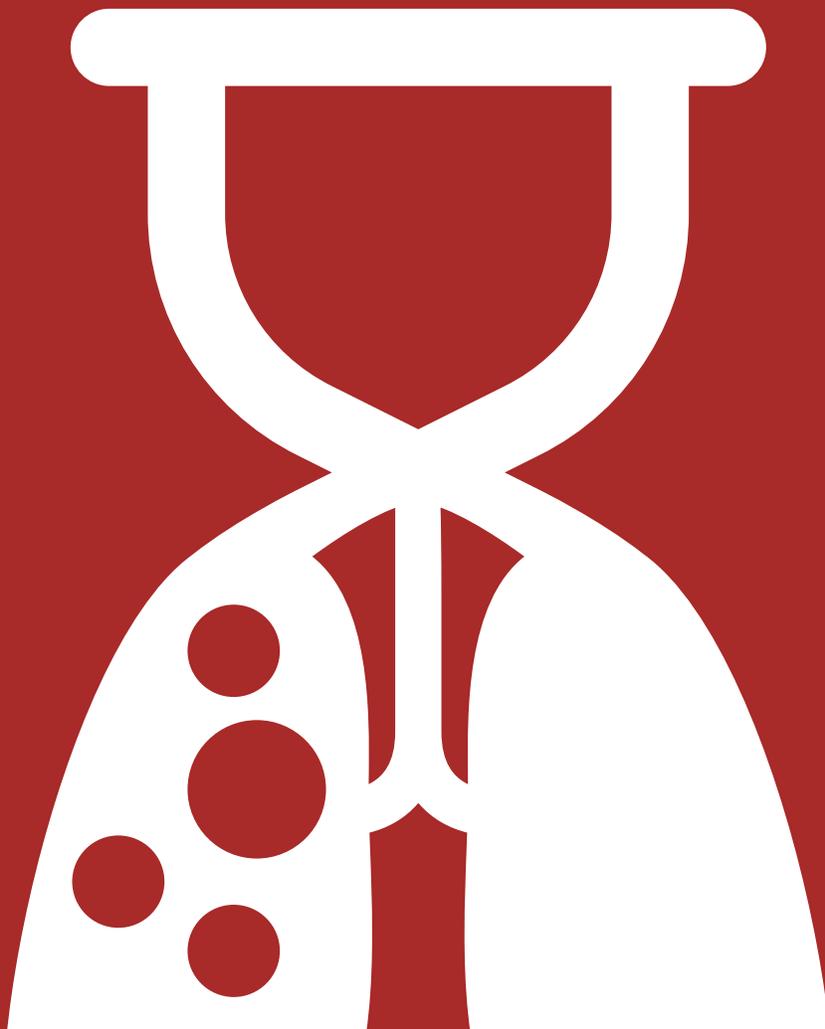
Очень часто заместительная терапия является основой успешной приверженности АРВ лечению. Больные ТБ и опиоидной зависимостью должны иметь доступ в программы заместительной терапии. Согласно сводному руководству ВОЗ «Интеграция совместного оказания услуг в связи с ТБ и ВИЧ во всеобъемлющий пакет помощи для потребителей инъекционных наркотиков»: нет необходимости дожидаться абстиненции от опиоидов для начала лечения ТБ, гепатита или антиретровирусной терапии. В стандартной практике психосоциальная поддержка должна предлагаться в сочетании с фармакологическим лечением опиоидной зависимости. Доклинические исследования показали вероятность значительных взаимодействий между препаратами опиоидного ряда и АРВ. Ряд АРВ препаратов могут независимо друг от друга снижать концентрации метадона и в зависимости от индивидуальных особенностей вызывать развитие состояния отмены и повышать риск рецидива употребления опиоидов.

**При разработке и внедрении нормативных документов органы здравоохранения должны учитывать опыт и мнение неправительственных организаций, представляющих интересы пациентов, а также самоорганизаций пациентов, затронутых ТБ, ВИЧ и людей, использующих наркотики. Государство должно стремиться к созданию благоприятной среды для интегрированного оказания помощи людям, использующим наркотики<sup>52</sup>. Наркопотребление не должно ограничивать доступ к современным подходам в лечении ТБ и использованию укороченных схем.**



## Заключение

Эффективное противодействие ТБ, включая МЛУ и ШЛУ ТБ, невозможно без активной работы с людьми с сочетанными заболеваниями ВИЧ и зависимость от наркотиков. Все необходимые ресурсы и технологии для такой работы в России имеются. Перенастройка противотуберкулезной службы, налаживание значимого взаимодействия с наркологической службой в интересах пациентов не просто возможна, но и прямо предусмотрена действующими нормативными актами и лучшими практиками. Если внедрение заместительной терапии с применением опиоидных агонистов поставлено под законодательный запрет в России и требует изменения действующего закона, то применение трамадола для снятия абстинентного синдрома прямо предусмотрено действующими приказами Минздрава РФ. Рекомендации Комитета по экономическим, социальным и культурным правам должны быть выполнены путем проведения реформ законодательства и правоприменительных практик в сфере контроля над оборотом наркотиков. Рекомендации, приведенные в настоящем обзоре могут быть выполнены немедленно, в качестве первых значимых шагов исполнения рекомендаций Комитета.





## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- <sup>1</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам состоит из 18 независимых экспертов, наблюдающих за выполнением государствами-участниками Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Пакт предусматривает экономические, социальные и культурные права, такие как права на достаточное питание, достаточное жилище, образование, здоровье, социальное обеспечение, на воду и санитарные услуги, а также на труд. Подробнее на странице Комитета онлайн: <https://www.ohchr.org/ru/treaty-bodies/cescr>
- <sup>2</sup> Российская Федерация является государством-участником Пакта вслед за СССР.
- <sup>3</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Заключительные замечания по шестому периодическому докладу Российской Федерации. E/C.12/RUS/CO/6. 16 октября 2017. Параграфы 50-51. Онлайн: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fRUS%2fCO%2f6&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fRUS%2fCO%2f6&Lang=en)
- <sup>4</sup> TB, Stigma, and Drug Control: A case from Russia. February 2016. Online: <http://en.rylkov-fond.org/blog/tbr/tb-stigma-and-drug-control/>
- <sup>5</sup> Васильева И. А., Тестов В. В., Стерликов С. А. Эпидемическая ситуация по ТБ в годы пандемии COVID-19 – 2020-2021 гг. // Туберкулёз и болезни лёгких : науч. практ. журн. 2022. Т. 100. № 3. С. 6-12 [Электронный ресурс]. URL: <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-3-6-12> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>6</sup> Там же с.9
- <sup>7</sup> Форма федерального статистического наблюдения форма № 8 // Федеральная служба государственной статистики
- <sup>8</sup> Нечаева О. Б. ТБ в России // Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению ТБ в Российской Федерации ФГБУ «ЦНИ-ИОИЗ» Минздрава России. 2019. С. 4 [Электронный ресурс]. URL: <https://mednet.ru/images/materials/CMT/tuberkulez-2019.pdf>
- <sup>9</sup> Там же. С. 4
- <sup>10</sup> Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2019 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/02/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2019.pdf> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>11</sup> Глобальный доклад по борьбе с ТБ 2020 г.: резюме // Всемирная организация здравоохранения. 2020. С. 3 : [сайт]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337538/9789240017009-rus.pdf> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>12</sup> Бородулина Е. А., Цыганков И. Л., Бородулин Б. Е., Вдоушкина Е. С., Бородулина Э. В. Наркомания, ВИЧ, ТБ. Особенности мультиморбидности в современных условиях // Вестник современной клинической медицины / Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narkomaniya-vich-tuberkulez-osobennosti-multimorbidnosti-v-sovremennyh-usloviyah/viewer> (дата обращения 08.2022)
- <sup>13</sup> Фролова О. П., Бутыльченко О. В., Гаджиева П. Г., Тимофеева М. Ю., Басангова В. А., Петрова В. О. [и др.]. Медицинская помощь больным ТБ с ВИЧ-инфекцией в России с учетом изменчивой структуры больных // Журнал “Тропическая медицина и инфекционные заболевания” / Национальный центр биотехнологической информации [Электронный ресурс]. 2022. Т. 7 № 6. С. 86. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9228798/> (дата обращения 08.2022)
- <sup>14</sup> Батыров Ф. А., Фролова О. П., Жукова Г. Н., Семенцова И. Г., Муханова О. И. Категория больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезном учреждении // Журнал “Проблемы ТБ и болезней легких” / Национальный центр биотехнологической информации [Электронный ресурс]. 2003. № 5. С. 6-9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12899005/> (дата обращения 08.2022)
- <sup>15</sup> Фереби С. Х. Испытания контролируемой химиопрофилактики ТБ. Общий обзор // Туберкулёзная библиотека / Национальный центр биотехнологической информации [Электронный ресурс]. 1970. 26:28-106. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4903501/> (дата обращения 08.2022)
- <sup>16</sup> Краткое руководство по IDUIT для людей, употребляющих наркотики // Международная сеть людей, употребляющих наркотики [Электронный ресурс] / Евразийская ассоциация снижения вреда. 2017. URL: [https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2021/01/IDUIT\\_brief-guide-RU.pdf](https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2021/01/IDUIT_brief-guide-RU.pdf)
- <sup>17</sup> Клинические рекомендации «ТБ у взрослых» // Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации : [сайт]. URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/16\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/16_2) (дата обращения: 08.2022)
- <sup>18</sup> Гурумурти П., Рамачандран Г., Кумар А. К. Х. [и др.]. Снижение биодоступности рифампина и других противотуберкулезных препаратов у пациентов с прогрессирующим заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека // Общество. 2004. Вып. 48, № 11. С. 4473-4475.
- <sup>19</sup> Сахаи Дж., Галликано К. [и др.]. Оливер Катионы в таблетке диданозина снижают биодоступность ципрофлоксацина // Клиническая фармакология и терапия. 1993. Т. 53. № 3. С. 292-297.



- <sup>20</sup> Корецкая Н. М., Большакова И. А. Характеристика первичной лекарственной устойчивости и жизнеспособности микобактерий у больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией // ТБ и болезни легких : науч. практ. журн. 2017. Т. 95. № 2. С. 16-20.
- <sup>21</sup> Саенко С. С., Стерликов С. А., Саенко Г. И. Предикторы летального исхода у пациентов с сочетанием ТБ, с устойчивостью к рифампицину, и ВИЧ-инфекции // ТБ и болезни легких : науч. практ. журн. 2020. Т. 98, № 5. С. 44-50.
- <sup>22</sup> Калберт Г. Дж., Пиллаи В., Бик Дж. [и др.]. Борьба с ВИЧ, ТБ, наркоманией и синдромом лишения свободы в Юго-Восточной Азии: уроки, извлеченные из Малайзии // Журнал нейроиммунной фармакологии. 2016. Т. 11. № 3. С. 446-455.
- <sup>23</sup> Зимица В. Н., Батыров Ф. А., Халина С. Н. [и др.]. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий ТБ у больных ТБ органов дыхания на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // ТБ и болезни легких : науч. практ. журн. 2011. Т. 88. № 4. С. 153-154.
- <sup>24</sup> Конати С. Дж., Хавард А. С., Стори А. [и др.]. Объяснение факторов риска лекарственно-устойчивого ТБ в Англии и Уэльсе: вклад первичной и вторичной лекарственной устойчивости // Эпидемиология и инфекции : мед. науч. практ. журн. 2004. Т. 132. № 6. С. 1099-1108.
- <sup>25</sup> Загдын З.М., Веленов А.Ю., Шабалин В.Н., Хаймер Р. Поздно выявленный ТБ среди больных инфицированных и не инфицированных ВИЧ в Ленинградской области и причины их смерти // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия : науч. практ. журн. 2010. Т. 2. № 1. С. 70-77.
- <sup>26</sup> Корецкая Н. М., Большакова И. А. Биологические свойства микобактерий у ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных лиц с диссеминированным ТБ // Сибирское медицинское обозрение : науч. практ. журн. 2012. № 4. С. 62-66.
- <sup>27</sup> Попова А. А., Синдыкова Ю. Р., Кравченко А. В., Серебровская Л. В. Изменения системы иммунитета у больных ВИЧ-инфекцией и ТБ // Эпидемиология и инфекционные болезни : мед. науч. практ. журн. 2008. № 4. С. 54-55.
- <sup>28</sup> Хаертынова И. М., Валиев Р. Ш., Цибулькин А. П., Валиев Н. Р., Хамзина Р. В., Лазаренко О. Г., Романенко С. Э. Клинико иммунологические особенности ВИЧ-инфекции, сочетанной с ТБ // ТБ и болезни легких : науч. практ. журн. 2009. № 6. С. 41-46.
- <sup>29</sup> Исключением может стать ситуация, когда пациент, выделяющий МБТ, категорически в письменной форме отказывается от госпитализации, но к такому пациенту применима статья 10 77-ФЗ
- <sup>30</sup> Нечаева О. Б. Состояние и перспективы противотуберкулезной службы России в период COVID-19 // ТБ и болезни легких : науч. практ. журн. 2020. Т. 98 № 12. С. 7-19 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-7-19> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>31</sup> Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения ТБ в Российской Федерации»
- <sup>32</sup> Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и Гепатиту С для людей, употребляющих инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных мер // Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности [Электронный ресурс] / Евразийская ассоциация снижения вреда. 2017. С. 90 URL: <https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/06/IDUIT-ru.pdf>
- <sup>33</sup> Нечаева О. Б. Указ. соч.
- <sup>34</sup> Фролова О. П., Бутыльченко О. В., Гаджиева П. Г., Тимофеева М. Ю., Басангова В. А., Петрова В. О. [и др.]. Указ. соч.
- <sup>35</sup> Михайлова Ю. В., Бурыхин В. С., Стерликов С. А. Влияние пандемии COVID-19 на систему оказания противотуберкулезной помощи в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов : межд. науч. практ. журн. 2020. № 4. С. 18-20
- <sup>36</sup> Краткое руководство по IDUIT для людей, употребляющих наркотики // Международная сеть людей, употребляющих наркотики [Электронный ресурс] / Евразийская ассоциация снижения вреда. 2017. с.86 URL: [https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2021/01/IDUIT\\_brief-guide-RU.pdf](https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2021/01/IDUIT_brief-guide-RU.pdf)
- <sup>37</sup> Результаты опроса НКО в сфере профилактики, диагностики и лечения ТБ и ВИЧ/ТБ // АНО Центр содействия партнерству в сфере здравоохранения «Здоровье.ру» : [сайт]. URL: <http://pih-rf.ru/news/tpost/urptopus1-rezultati-oprosa-nko-v-sfere-profilaktik> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>38</sup> Голубчиков П. Н., Таран Д. В., Соловьева А. В. Применение программы “Спутник” для привлечения наименее приверженных пациентов к лечению // ТБ и болезни легких : науч. практ. журн. 2014. № 1. С. 59-70 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.tibl-journal.com/jour/article/view/23/24> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>39</sup> Калиакбарова Г., Пак С., Жаксылыкова Н., Раимова Г., Темербекова Б., Ван ден Хоф С. Психосоциальная поддержка улучшает соблюдение режима лечения среди больных МЛУ-ТБ: опыт Восточного Казахстана // Открытый журнал инфекционных заболеваний. 2013. № 7. Прил. 1: М7. С. 60–64.
- <sup>40</sup> Кесслер Р. К., Хьюз М., Энтони Д., Нельсон С. С. Распространенность и корреляты употребления наркотиков и зависимости в Соединенных Штатах. Результаты национального обследования сопутствующих заболеваний // Национальный центр биотехнологической информации. 1995. Т. 52. № 3. С. 219 [Электронный ресурс]. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7872850/> (дата обращения 08.2022)



- <sup>41</sup> Режье Д. А., Фермер М. Е., Рэй Д. С., Локк Б. З., Кейт С. Дж., Джадд Л. Л., Гудвин Ф. К. Коморбидность психических расстройств при злоупотреблении алкоголем и другими наркотиками. Результаты исследования эпидемиологического охвата (ЕСА) // Национальный центр биотехнологической информации. 1990. Т. 264. № 19. С. 2511. [Электронный ресурс]. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>42</sup> Назначение трамадола в качестве поддерживающей терапии рассматривалось в качестве допустимого метода лечения Е. М. Брюном - главным внештатным психиатром наркологом Минздрава России, директором Московского научно-практического центра наркологии. Об этом свидетельствует тот факт, что 30 сентября 1994 года Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам зарегистрировала Патент № 94036707 “Способ купирования абстинентного синдрома у больных опийной наркоманией”, среди авторов которого указан Е. М. Брюн. Выдержка из абстракта патента: “Способ купирования абстинентного синдрома у больных опийной наркоманией относится к медицине, а именно психиатрии. Изобретение заключается в том, что проводится лечение абстинентного синдрома при опийной наркомании с использованием препарата просидол по определенной схеме: внутримышечное введение ненаркотического анальгетика просидол в виде 1%-ного раствора дробно в дозе 20 — 100 мг в сутки внутримышечно (или per os) с постепенным снижением дозы на 10 — 20% ежедневно и полной отменой дозировки к 7 — 10 дню лечения с последующим назначением трамала в дозе 100 — 1000 мг в сутки и дальнейшим переводом на поддерживающую терапию трамалом в дозе 100 — 300 мг в сутки на срок до 6 — 12 месяцев. Положительный результат заключается в качественном купировании абстинентного синдрома при опийной наркомании без риска соматических, неврологических и психопатологических осложнений, уменьшении степени выраженности патологического влечения к наркотику, резкое сокращение числа лиц, отказывающихся от лечебной программы, удлинение сроков ремиссий”.
- <sup>43</sup> Фролова О. П., Бутыльченко О. В., Стаханов В. А., Ениленис И. И., Роменко М. А., Мартель И. И. Причины летальных исходов среди больных ТБ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией // Национальное здравоохранение : науч. практ. мед. журн. 2021. Т. 2. № 1. С. 59-62 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.1.59-62> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>44</sup> Васильева И. А., Тестов В. В., Стерликов С. А. Указ. соч.
- <sup>45</sup> Гупта А., Сингла Р., Дж. А. Каминеро Дж. А., Сингла Н., Мригпури П., Мохан А. Влияние COVID-19 на противотуберкулезные службы в Индии // Международный журнал туберкулеза и болезней легких / Национальный центр биотехнологической информации. 2020. Т. 24. № 6. С. 637-639 [Электронный ресурс]. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32553014/> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>46</sup> Временные методические рекомендации по оказанию противотуберкулезной помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Методические материалы ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России : [сайт]. URL: <https://nmrc.ru/wp-content/uploads/2020/08/vremennye-metodicheskie-rekomendatsii-po-okazaniyu-protivotuberkulezno-2.pdf>
- <sup>47</sup> Васильева И. А., Тестов В. В., Стерликов С. А. Эпидемическая ситуация по ТБ в годы пандемии COVID-19 – 2020-2021 гг. // Туберкулёз и болезни лёгких : науч. практ. журн. 2022. Т. 100. № 3. С. 9 [Электронный ресурс]. URL: <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-3-6-12> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>48</sup> Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и Гепатиту С для людей, употребляющих инъекционные наркотики ... С. 87
- <sup>49</sup> Сутар А., Лоун С., Амо Дж., Гетахун Х., Дай К., Скульер Д. [и др.]. Антиретровирусная терапия для профилактики ТБ у взрослых с ВИЧ: систематический обзор и метаанализ // PLOS Medicine. 2012. Т. 9. № 7 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001270> (дата обращения 08.2022)
- <sup>50</sup> Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и Гепатиту С для людей, употребляющих инъекционные наркотики ... С. 90
- <sup>51</sup> Васильева И. А., Таран Д. В. Проект по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных ТБ, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией. ТБ и болезни легких. 2014 // ФГБУ “ЦНИИТ” РАМН. Представительство БО “Партнёры во имя здоровья” (США) и Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.tibl-journal.com/jour/article/view/14/15> (дата обращения: 08.2022)
- <sup>52</sup> Сводное руководство “Интеграция совместного оказания услуг в связи с ТБ и ВИЧ во всеобъемлющий пакет помощи для потребителей инъекционных наркотиков” // Всемирная организация здравоохранения. 2016 [сайт]. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204484/9789244510223\\_rus.pdf;jsessionid=B7AF943950FDB93817C4562FDA6BC052?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204484/9789244510223_rus.pdf;jsessionid=B7AF943950FDB93817C4562FDA6BC052?sequence=5) (дата обращения 08.2022)



1240 Bay Street, Suite 600, Toronto, ON M5R 2A7

Telephone: 416-595-1666 • Fax: 416-595-0094

Email: [info@hivlegalnetwork.ca](mailto:info@hivlegalnetwork.ca)