

МОДЕЛЬ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (НА ПРИМЕРЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА)

З. М. ЗАГДЫН¹, Д. А. ЛЮЗНОВ², И. Л. ШИЛОВА³, С. Г. ДУГИН⁴

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии»,

²Окружной центр СПИД Северо-Западного федерального округа,

³ФКУЗ МСЧ-78 ФСИН России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области,

⁴БОФ МСП «Гуманитарное Действие»

Неуклонный рост числа больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ), увеличившийся на Северо-Западе России в 2013 г. до 4 433 человек и составивший 24,4% от всех больных туберкулезом в РФ, или 12,6% от всех пациентов с активным туберкулезом, требует усиления мер по противодействию распространения синдрома. Однако целенаправленную оценку адекватности и действенности существующей системы противотуберкулезной помощи (ПТП) больным ВИЧ-инфекцией на территориях Северо-Запада России не проводили.

Цель исследования: оценка качества организации ПТП больным ВИЧ-инфекцией на Северо-Западе России и разработка конструктивных предложений по ее улучшению.

Материал и методы. По дизайну исследование имело смешанный качественно-количественный характер. В анализе использовали резюмирующие справки сотрудников СПб НИИФ при выездах на курируемые территории, анкетирование, сведения из государственных ежегодных отчетных и учетных форм: № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Сведения о больных туберкулезом», № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», № 263-у/ТВ. Для оценки адекватности оказываемой ПТП больным ВИЧ-инфекцией проводили ранжирование каждой территории округа по определенным критериям с использованием пятибалльной оценки. Затем была выполнена кросс-табуляция ранговых значений между регионами. Оцениваемые критерии: материально-техническое оснащение, кадровое обеспечение, структурирование организации (региональный координатор), преемственность в работе между ключевыми заинтересованными сторонами [противотуберкулезные учреждения (ПТУ), Центры СПИД, пенитенциарный сектор, негосударственные организации (НГО)], скрининг и проведение профилактических мер по туберкулезу, антиретровирусная терапия, инфекционный контроль, персонифицированная электронная база данных по ВИЧ/ТБ, поддержка регионального руководящего органа здравоохранения, темпы прироста заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза больными ВИЧ-инфекцией за 2012 и 2013 г.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием программных продуктов Statistica 8.0 и Graphpad PRISM 6.0.

Результаты. Согласно данным кросс-табуляции, на первом месте по качеству организации ПТП больным ВИЧ-инфекцией находилась Архангельская область, одинаковую степень критериев качества имели Вологодская, Ленинградская области и г. Санкт-Петербург, далее по убыванию ранговых значений – Мурманская, Псковская и Калининградская (равные баллы), Новгородская области, Республика Коми, последнее место занимала Республика Карелия, имевшая наименьшее ранговое значение критериев. Количественная оценка отражала реальную ситуацию по оказанию ПТП больным ВИЧ-инфекцией на территориях округа. В Архангельской области ПТП населению ориентирована на конкретного пациента, организована на достаточно высоком уровне, существует высокая преемственность в работе между ПТУ и пенитенциарным сектором, основным «поставщиком» сочетанной патологии в регионе, строго соблюдаются меры инфекционного контроля и программа DOTS, уделяется внимание кадровому обеспечению и обучению, имеется поддержка руководящего органа здравоохранения. Республика Карелия закономерно занимает последнее место, там низка преемственность между ПТУ и пенитенциарным сектором (регион с большим количеством исправительных учреждений), мало внимания уделяется скринингу, профилактике туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией, и где темп прироста заболевания ВИЧ/ТБ (1,8) был самым высоким в 2012-2013 гг. Несмотря на высокую распространенность сочетанной инфекции в Ленинградской области и г. Санкт-Петербурге, по нашим оценочным данным, эти два субъекта занимают второе место среди регионов, темп прироста заболеваемости ВИЧ/ТБ не превысил 1,0 за последние два года, что косвенно свидетельствует о качественной организации ПТП больным ВИЧ-инфекцией.

Основываясь на проведенном анализе, предлагаем схему-модель интегрированной пациент-ориентированной системы оказания ПТП больным ВИЧ-инфекцией (рис.), где важная роль отводится преемственности в работе между ПТУ, Центрами СПИД, исправительными учреждениями. Обращается внимание на значение НГО, особенно в работе с труднодоступными, высокоуязвимыми группами, по профилактике, выявлению и удержанию на лечении пациентов с сочетанной инфекцией.

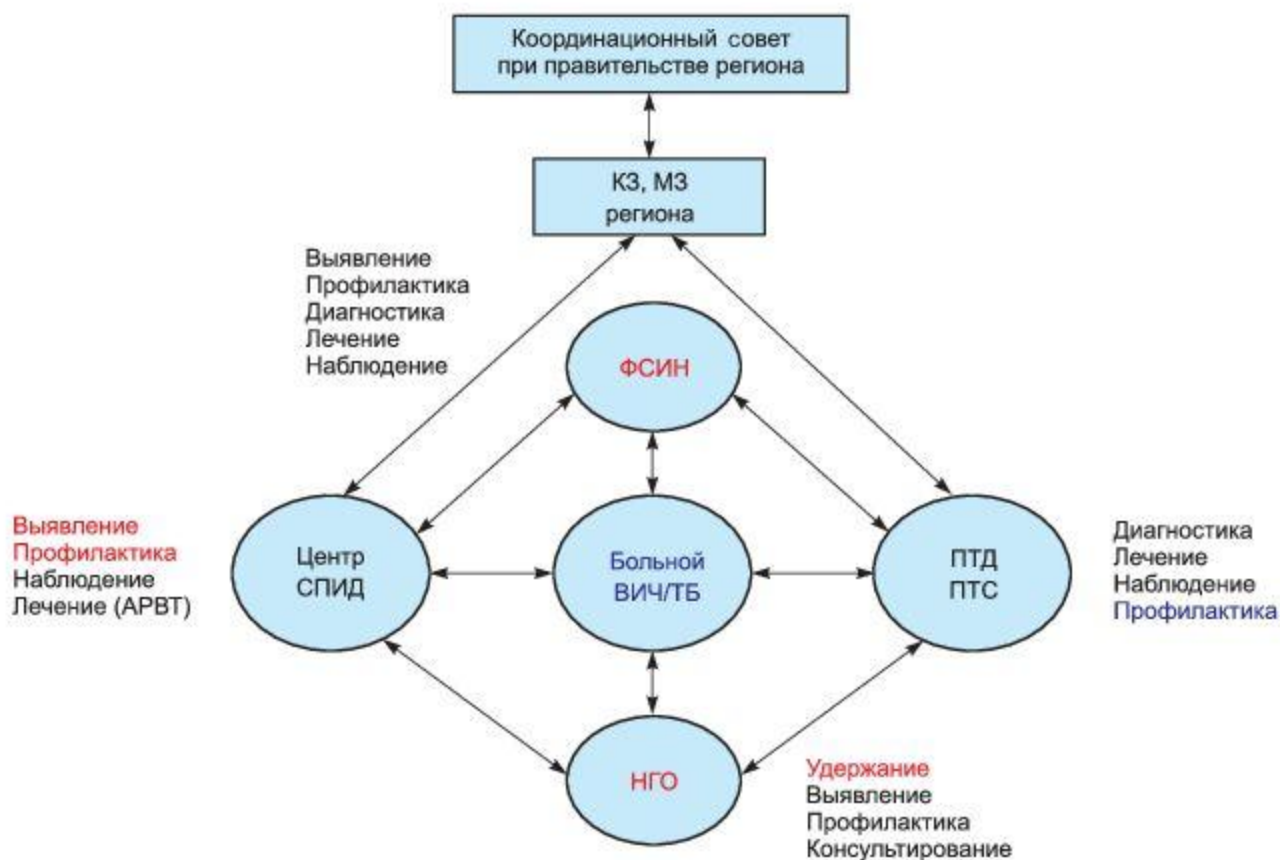


Рис. Модель интегрированной пациент-ориентированной системы оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Заключение. Качество организации ПТП больным ВИЧ-инфекцией на территориях Северо-Западного федерального округа неравнозначно: наиболее адекватно данная система работает в Архангельской области, наименее – в Карельской Республике. В г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области, несмотря на напряженную эпидемиологическую обстановку по ВИЧ/ТБ, организация ПТП

больным ВИЧ-инфекцией соответствует ситуации. Во всех регионах страдает преемственность в работе между ключевыми заинтересованными сторонами по проблеме ВИЧ/ТБ. Для улучшения работы предлагается модель интегрированной пациент-ориентированной системы оказания ПТП больным ВИЧ-инфекцией, где одними из основных звеньев являются пенитенциарный сектор и НГО.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В. Н. ЗИМИНА¹, Н. Г. САВИЦКАЯ², Н. Н. ШЕШЕЛЯКИНА¹

¹ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

²ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом» ДЗ г. Москвы

Все актуальнее становятся проблемы, связанные с акушерской, перинатальной патологией и особенностями течения туберкулезного процесса у женщин, больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ). Опыт междисциплинарного ведения таких пациенток фтизиатром, инфекционистом и акушером-гинекологом невелик.

Цель исследования: изучить течение беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с ВИЧ-инфекцией и активным туберкулезом, по-

ступивших в родильный дом Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом в 2010-2011 гг.

Материалы и методы. Наблюдали 11 женщин с ТБ/ВИЧ, беременность у которых закончилась родами. Средний возраст – $27,0 \pm 3,7$ года. У 4 женщин это были первые роды, у остальных повторные. У 10 из них ВИЧ-инфекция диагностирована ранее, чем туберкулез. Средняя давность ВИЧ-инфекции до диагностики туберкулеза составила $5,3 \pm 3,1$ года (медиана – 5 лет).