

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

М. Н. ДОБКИНА¹, С. А. СОЛОВЬЕВА¹, А. С. ЧЕРНОВ¹, Е. М. БОРЗУНОВА¹, А. В. САСАРОВ¹, П. Н. ГОЛУБЧИКОВ²

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH HIV/TB CO-INFECTION IN TOMSK REGION

M. N. DOBKINA, S. A. SOLOVYOVA, A. S. CHERNOV, E. M. BORZUNOVA, A. V. SASAROV, P. N. GOLUBCHIKOV

¹ОГБУЗ «Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями»,

²ОГБУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»

В настоящее время в мире большой проблемой является наличие двух эпидемий, которые взаимосвязаны друг с другом – распространение туберкулеза (ТБ) и ВИЧ-инфекции [2]. Сложность эпидемической ситуации в России по ТБ, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, усугубляется высокой распространенностью микобактерий туберкулеза (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) среди заключенных, больных наркоманией, лиц, ведущих асоциальный образ жизни. Поэтому сочетание этих заболеваний предполагает увеличение распространения МБТ, устойчивых к противотуберкулезным препаратам [1].

С одной стороны, ВИЧ индуцирует Т-клеточную иммуносупрессию и в связи с этим является важным фактором, способствующим переходу латентной туберкулезной инфекции в заболевание, которое у больных ВИЧ-инфекцией сопряжено с высоким риском летального исхода, с другой – развитие активного ТБ ускоряет прогрессирование ВИЧ-инфекции [5].

Основные принципы организации лечения ТБ у больных ВИЧ-инфекцией можно разделить на два направления: организация контролируемого лечения ТБ у больных ВИЧ-инфекцией; создание системы психологической и социальной адаптации больных этой категории [3].

Одновременное присутствие двух инфекций – ВИЧ и ТБ – значительно осложняет лечение каждой патологии. Крайне сложно добиться строгого соблюдения режима терапии по причине необходимости одновременного приема антиретровирусных и противотуберкулезных препаратов в большом количестве, которые к тому же имеют перекрестный профиль токсичности [4].

В связи с этим особенно важны консультирование и психологическая поддержка пациентов, их родственников и близких при проведении терапии, оказание помощи в решении социальных проблем, обеспечение лечения и реабилитации наркомании.

Анализ структуры клинических форм ТБ у впервые выявленных больных ВИЧ-инфекцией в Томской области показал, что большую долю составляют больные ТБ с бактериовыделением (до

85%), при этом более чем у 50% пациентов обнаружены лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий, в 35-37% – МЛУ МБТ. В структуре причин смерти больных ВИЧ-инфекцией доля умерших от ТБ достигла 25-26%. Такая ситуация требовала особого подхода к организации лечения ТБ у больных ВИЧ-инфекцией.

Ресурсы, необходимые для внедрения практики:

- противотуберкулезные препараты 1-го и 2-го рядов в достаточном объеме;
- антиретровирусные препараты различных фармакологических групп в достаточном количестве для возможности подбора схем антиретровирусной терапии (АРВТ) в зависимости от лекарственных взаимодействий с противотуберкулезными препаратами;
- диагностические тест-системы для определения эффективности АРВТ (определение CD4⁺-лимфоцитов, вирусной нагрузки ВИЧ) в необходимом количестве;
- автомобиль, горюче-смазочные материалы, рабочая одежда (куртка), респираторы 3М, дезинфицирующие средства;
- дополнительный штат сотрудников – социальный работник, нарколог, консультант «равный-равному»;
- средства социальной поддержки (продуктовые наборы, средства гигиены и т. д.);
- раздаточный информационный материал.

Персонал. Обучение и навыки

Персонал, осуществляющий лечение ВИЧ-инфекции (врачи-инфекционисты) и лечение ТБ (врачи-фтизиатры), должен быть обучен особенностям назначения АРВТ больным ВИЧ-инфекцией, получающим противотуберкулезные препараты, должен ориентироваться в возможных последствиях взаимодействия антиретровирусных и противотуберкулезных препаратов. Для определения переносимости и эффективности лечения персоналу важно знать перечень необходимых диагностических исследований, их сроки и кратность проведения.

Социальный работник, участвующий в проведении контролируемого лечения на дому, и консультант «равный-равному» обязаны владеть информацией о возможностях лечения ТБ и ВИЧ-инфекции, побочных эффектах лекарственных препаратов, а также уметь на доступном для пациента языке разъяснить необходимость регулярного, без пропусков, длительного приема противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов.

Врач-нарколог должен иметь знания об антиретровирусных и противотуберкулезных препаратах, особенностях их взаимодействия с наркотическими препаратами и средствами, применяемыми для купирования абстинентного синдрома.

Описание практики

При выявлении любой формы ТБ у больных ВИЧ-инфекцией их госпитализируют в стационарное противотуберкулезное учреждение. Заполняют форму регистрации случая активного ТБ 089/у-туб.

Всем нуждающимся пациентам с ВИЧ/ТБ при наличии их согласия назначают АРВТ в соответствии с рекомендациями Федерального научно-методического центра по борьбе со СПИДом (табл. 1). При этом заполняют форму информированного согласия на проведение АРВТ (приложение 1).

С целью предупреждения и отслеживания побочных эффектов приема противотуберкулезных препаратов заполняются учетные формы «Побочные реакции на антибактериальные препараты в процессе лечения больного» при появлении жалоб со стороны пациента, объективном ухудшении состояния здоровья, изменениях в результатах лабораторных исследований (общий и биохимический анализ крови, ЭКГ, гормоны щитовидной железы и др.).

Нередко пациенты, употребляющие инъекционные наркотики, алкоголь, самовольно покидают стационар. В этом случае лечение ТБ продолжается в дневном стационаре или стационаре на дому.

Принудительная госпитализация пациентов оказалась неэффективна из-за отсутствия стационаров закрытого типа и отсутствия законодательных механизмов изоляции пациентов.

Дневной стационар удобен тем, что, приходя каждый день за препаратами, пациенты могут получить консультирование у медицинских специалистов, пройти необходимые диагностические обследования и получить социальную поддержку в виде продуктового набора. Такая форма применима только у пациентов с приверженностью к лечению. Неудобство дневного стационара – это утренние часы приема и удаленность стационара от места проживания.

Стационар на дому – наиболее удобная форма оказания помощи вне стационара, так как график посещений корректируется в соответствии с образом жизни пациента, у него нет финансовых и временных затрат на посещение противотуберкулезного учреждения.

Опыт работы Фонда «Томск-АнтиСПИД» показывает, что негосударственные общественные организации могут оказывать существенную помощь в проведении контролируемого лечения ТБ и ВИЧ-инфекции у представителей уязвимых групп в условиях стационара на дому. В 2004-2008 гг. Фондом «Томск-АнтиСПИД» был успешно реализован проект «Контроль ТБ/ВИЧ в популяциях высокого риска», в рамках которого была отработана модель психосоциального сопровождения в период диагностики и лечения ТБ. Сотрудники проекта оказывали помощь в проведении контролируемого лечения ТБ у представителей групп риска. Для ведения пациентов, имеющих коинфекцию ВИЧ/ТБ и комплекс социально-психологических проблем, на базе проекта была создана междисциплинарная команда, в которую вошли врач-фтизиатр, врач-инфекционист, психолог, нарколог, социальный работник, консультант «равный-равному».

Обязанности среди членов междисциплинарной команды распределялись следующим образом:

Таблица 1

Рекомендации по проведению лечения в зависимости от количества CD4⁺-лимфоцитов

Количество CD4 ⁺	Рекомендации
< 100 клеток/мкл	Начинают лечение ТБ. Если пациент его хорошо переносит, как можно раньше (в течение 2-3 нед.) присоединяют АРВТ
от 100 до 350 клеток/мкл	Начинают лечение ТБ. АРВТ присоединяют как можно раньше (в течение первых 2 мес.). При наличии нежелательных реакций на противотуберкулезные препараты (ПТП), существенных лекарственных взаимодействий между АРВ-препаратами и ПТП, низкой приверженности пациента к лечению АРВТ присоединяют после окончания интенсивной фазы терапии ТБ. При снижении количества CD4 ⁺ < 100 клеток/мкл в процессе лечения ТБ АРВТ назначают незамедлительно
> 350 клеток/мкл	Начинают лечение ТБ, одновременно проводят контроль количества CD4 ⁺ . АРВТ назначают, если на фоне лечения ТБ количество CD4 ⁺ становится < 350 клеток/мкл
от 350 до 500 клеток/мкл	Назначают АРВТ в случае ТБ с МЛУ МБТ *

Примечание: * - данная рекомендация была выработана во время совместного обсуждения специалистами СПИД-центра и противотуберкулезного учреждения.

Социальный работник:

- помощь в восстановлении документов (паспорт, медицинский полис, страховое свидетельство и др.) и оформлении социальных выплат;
- социальное сопровождение на этапах консультирования, диагностики, лечения, наблюдения;
- выдача дополнительного питания (продуктовые наборы);
- работа с окружением клиента для обеспечения психологической поддержки и формирования приверженности к лечению.

Врач-фтизиатр:

- консультирование по вопросам ТБ;
- информирование;
- диагностика ТБ;
- лечение/химиопрофилактика ТБ;
- мониторинг состояния здоровья клиента.

Врач-инфекционист:

- консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов, инфекций;
- информирование;
- обследование;
- лечение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, профилактика и лечение инфекций;
- направление на консультацию к другим специалистам (фтизиатру, наркологу и др.);
- мониторинг состояния здоровья клиента.

Врач-нарколог:

- консультирование по вопросам:
 - § химической зависимости,
 - § взаимодействия лекарственных препаратов для лечения ТБ, ВИЧ-инфекции и наркотиков,
 - § передозировок,
 - § реабилитации,
- назначение налоксона.

Консультант «равный-равному»:

- донесение объективной информации на доступном языке о возможностях лечения ТБ и ВИЧ-инфекции, побочных эффектах лекарственных препаратов и т. д.;
- выполнение роли связующего звена между врачом и пациентом;
- информационная, мотивационная работа с клиентом и семьей, направленная на повышение приверженности к наблюдению и лечению;
- психологическая поддержка.

Социальный работник нес индивидуальную ответственность за ведение случая психосоциального сопровождения.

Социальный работник ежедневно (без праздников и выходных) доставлял противотуберкулезные препараты на дом или в другое место пребывания пациента, визуально контролировал прием препаратов, интересовался самочувствием клиента, появлением побочных эффектов от лечения, а также наличием психологических и социальных

проблем и трудностей, препятствующих продолжению лечения. Всю полученную от клиента информацию социальный работник передавал участникам междисциплинарной команды с целью оказания помощи клиенту в решении его проблем. Еженедельно проводили собрания команды, на которых обсуждали трудности ведения пациентов, находящихся на лечении в проекте.

Все специалисты 1 раз в месяц собирались на междисциплинарный консилиум. Ответственным за организацию консилиумов был специалист по ведению случая (социальный работник), который готовил и представлял информацию о клиенте. Заслушивали информацию от врача-фтизиатра и других специалистов (нарколог, психолог, инфекционист, равный консультант), определяли проблемные вопросы. В результате группового обсуждения составляли перечень задач и мероприятий, которые вносили в карту ведения случая (приложение 2).

Мониторинг и оценка

Мониторинг количества ВИЧ-инфицированных, получающих лечение сочетанной патологии ТБ/ВИЧ, проводили еженедельно на заседаниях врачебной комиссии СПИД-центра (результаты мониторинга фиксировали в протоколах заседаний комиссии). Ежемесячно заполняли отчетную форму «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ», ежегодно статистическую форму № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией».

С целью мониторинга лечения ТБ заполняли формы мониторинга «Медицинская карта лечения больного МЛУ туберкулезом ТБ01у», «Карта наблюдения за лечением больного с МЛУ туберкулезом». Для осуществления мониторинга эффективности АРВТ оформляли карту наблюдения за лечением больного, получающего АРВТ (приложение 3).

Оценку приверженности к приему противотуберкулезных препаратов проводили путем отслеживания регулярности и своевременности получения противотуберкулезных препаратов и эффективности лечения: положительная рентгенологическая динамика и абациллирование больных.

С целью оценки приверженности к АРВТ отслеживали своевременность получения антиретровирусных препаратов, а также наличие вирусологического и иммунологического ответа на лечение путем проведения лабораторных исследований: уровень CD4-лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки ВИЧ – 1 раз. Кратность обследований представлена в приложении 4.

Индикатор 1. Число больных сочетанной патологией ВИЧ/ТБ, получающих АРВТ / % от числа подлежащих.

Регулярность подсчета: 1 раз в месяц. Источник: база данных СПИД-центра.

Индикатор 2. Число больных сочетанной патологией ВИЧ/ТБ, прошедших полный курс лечения ТБ / % от числа подлежащих.

Регулярность подсчета: 1 раз в месяц. Источник: база данных ОМО противотуберкулезного учреждения.

Эффективность

Доля пациентов, получающих АРВТ от тех, кому назначено по показаниям, составляет в среднем 80%. Оставшаяся часть больных отказывается от лечения по различным причинам: большое количество принимаемых препаратов, опасение побочных эффектов от используемых медикаментов, не считают обязательным лечение ВИЧ-инфекции. При этом прием противотуберкулезных препаратов пациенты продолжают.

С 2004 по 2013 г. взяты на лечение противотуберкулезными препаратами 198 пациентов с ТБ/ВИЧ. Доля прервавших лечение среди пациентов с ТБ/ВИЧ составила 11,1%. Все пациенты, получавшие лечение ТБ/ВИЧ, имели социальную поддержку. Излечено: 39,9%. Неудача: 4,0%. Отрыв: 11,1%. Умерло от ТБ: 11,6%. Умерло не от ТБ: 8,1%. Выбыло: 2,6%. Продолжают лечение: 22,7%.

Среди пациентов с МЛУ-ТБ/ВИЧ, кто проходил лечение, наблюдали следующие исходы: излечено – 20,4%; неудача – 5,4%; отрыв – 20,4%; умерло от ТБ – 12,9%; умерло не от ТБ – 5,4%; выбыло – 2,0%; продолжают лечение – 33,5%.

Представляло интерес сравнение исходов лечения ТБ у лиц с сочетанной патологией ТБ/ВИЧ и у лиц с моноинфекцией – ТБ. Например, в 2011 г. получили лечение противотуберкулезными препаратами 19 человек с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, из них 9 пациентов имели ТБ с МЛУ МБТ и 378 человек с моноинфекцией туберкулеза, из них – 172 больных ТБ с МЛУ МБТ.

Среди пациентов с ТБ с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам и ВИЧ-инфекцией излечено от ТБ 80,0%, среди пациентов с моноинфекцией – 82,1%. В группе больных с МЛУ-ТБ/ВИЧ лечение было эффективным у 44,4%, в группе больных с моноинфекцией – у 59,9%.

Неудачи в лечении больных как с сочетанной патологией, так и моноинфекцией составили по 11,2% и регистрировались только в группе больных ТБ с МЛУ МБТ.

Умерли от ТБ 10,5% пациентов с сочетанной патологией ТБ/ВИЧ, причем все они имели ТБ с МЛУ МБТ. Среди больных с моноинфекцией умерли от ТБ 8,7%, в том числе в группе больных ТБ с МЛУ МБТ – 7,6%.

Отрывы от лечения среди больных с моноинфекцией составили 5,6%, среди больных сочетанной патологией – 10,5%, что обусловлено в большинстве случаев уходом пациентов в системное употребление наркотиков.

Привлечение неправительственных СПИД-сервисных организаций к организации лечения ТБ у представителей групп риска имеет ряд несомненных преимуществ:

- обеспечивается доступ в труднодоступные группы: ПИН, КСР и др.;
- обеспечивается непрерывность лечения, повышается приверженность к лечению, снижается число отрывов;
- повышается эффективность лечения, снижается летальность;
- параллельно с лечебными проводятся профилактические мероприятия среди представителей групп риска.

В итоге за годы реализации проекта прошли лечение ТБ без отрывов 25 ПИН, из них 7 ВИЧ-инфицированных ПИН получали химиопрофилактику ТБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батыров Ф. А. Лечебно-диагностическая помощь больным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в условиях многопрофильной специализированной больницы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005.
2. Вирус иммунодефицита человека – медицина / под ред. акад. РАМН Н. А. Белякова, проф. А. Г. Рахмановой. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 752 с.
3. Рекомендации по снижению заболеваемости туберкулезом среди населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. – М., 2004.
4. Хоффман К., Рокитро Ю. К. Лечение ВИЧ-инфекции, 2009. – М.: Р.Валент, 2012. – 736 с.
5. HIV and tuberculosis. In: Tuberculosis and nontuberculous Mycobacterial infections. 5th edition / ed. by Schlossberg D. – New York: McGraw-Hill, 2006.