

оперированных, был выше у больных после артротомических доступов (8,4 балла против 6,0 у больных 1-й группы).

Заключение. Артроскопический артролиз при ПТАКС по сравнению с результатами аналогичного вмешательства, выполненного открытым

артротомическим доступом, имеет определенные преимущества в виде меньшей продолжительности вмешательства и кровопотери, характеризуется более высокими функциональными результатами, которые сохраняются и в отдаленные сроки при более высоком качестве жизни оперированных.

БАРЬЕРЫ В ДОСТУПЕ К ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИИ

СИДОРЕНКО Н. Ю.¹, ЕВДОКИМОВА И. А.¹, ХАРЧЕНКО М. К.²

BARRIERS TO ACCESSING TREATMENT OF TUBERCULOSIS FROM THE POINT OF VIEW OF HIV-INFECTED PATIENTS IN RUSSIA

SIDORENKO N. YU.¹, EVDOKIMOVA I. A.¹, KHARCHENKO M. K.²

¹Некоммерческое партнерство «Е.В.А.», г. Санкт-Петербург

²Евразийская Сеть Снижения Вреда, г. Вильнюс

¹E.V.A. Non-Governmental Organization, St. Petersburg, RF

²Eurasion Net of Harm Reduction, Vilnius, Lithuania

Цель: определение барьеров в доступе к лечению и профилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 150 пациентов, живущих с ВИЧ, имеющих опыт лечения туберкулеза. Исследование проводили в четырех городах России – Екатеринбурге, Санкт-Петербурге, Калининграде и Набережных Челнах. Данные регионы были отобраны с учетом эпидемиологической ситуации, показателей заболеваемости и смертности среди пациентов с ТБ/ВИЧ, а также наличия активистов, заинтересованных в данной деятельности, на момент проведения исследования (2013 г.).

В анкетировании приняли участие пациенты, проходившие лечение туберкулеза на момент опроса. Анкетирование выполнено с использованием опросника. Проведены полуструктурированные интервью с 22 пациентами, имеющими перерывы в лечении туберкулеза.

Результаты. Основным источником данных для выявления барьеров в ходе лечения был анкетный опрос пациентов, из которых: 57,8% на момент исследования находились на стационарном лечении, и 42,2% – на амбулаторном. Половозрастные характеристики: 60,2% – мужчины, 39,8% – женщины, средний возраст пациентов составил 34,3 года.

Диагностика туберкулеза

Крайне низкий уровень информированности о туберкулезе среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ): практически все пациенты сообщили, что не имели никаких сведений о туберкулезе до того, как он был у них обнаружен.

Низкая степень раннего выявления туберкулеза и неэффективный скрининг: более 80% пациентов, у которых был обнаружен туберкулез, знали о своем положительном ВИЧ-статусе, и состояли на учете в СПИД-центре. Однако у большинства из них туберкулез был выявлен в связи с резким ухудшением состояния, а не в результате скрининга.

Лечение туберкулеза

Отсутствие психологической поддержки и социальной помощи в ходе лечения

Более 60% пациентов, участвовавших в исследовании, назвали одиночество и депрессию серьезной проблемой в ходе лечения. Среди других трудностей в лечении туберкулеза респонденты назвали: конфликты с другими пациентами – 75,8%, конфликты с персоналом – 37,5%. Эти барьеры настолько значимы, что часто приводят к досрочной выписке пациентов и прерыванию лечения, так как в амбулаторную службу пациенты обращаются лишь после некоторого перерыва.

Отсутствие наркологической помощи в противотуберкулезных стационарах

Об употреблении психоактивных веществ (ПАВ) в процессе лечения сообщили 64% респондентов: опиаты синтетического происхождения – 44,9% и алкоголь – 58,9%. Значительное большинство респондентов, сообщивших об употреблении ПАВ, находились на стационарном лечении. Респонденты, употребляющие инъекционные наркотики в стационаре, как правило, были выписаны за нарушение режима и в связи с этим прервали лечение. Употребление ПАВ назвали причиной прерывания лечения 16 человек, или 28% от всех

респондентов, имевших перерывы в лечении, и еще 17,5% сообщили, что были выписаны за нарушение режима. Пациенты, которые не употребляли наркотики на момент нахождения в стационаре, называли употребление наркотиков и алкоголя соседями по палате одной из основных причин возникающих конфликтов.

Барьеры в организации лечебного процесса

Отсутствие сотрудничества между медицинским персоналом и пациентами. Почти 40% опрошенных отметили конфликты с медицинским персоналом как один из барьеров в лечении туберкулеза. Респонденты отмечают, что редко либо никогда не получали консультаций своего лечащего врача о течении заболевания, а также о том, что врачи отказывали им в ответах на вопросы.

Прием антиретровирусной терапии (АРТ) и лечение туберкулеза: узнали о ВИЧ-статусе до начала лечения туберкулеза – 84,5%; узнали о ВИЧ-статусе во время лечения туберкулеза – 15,5%.

Около половины респондентов (52,6%) в настоящее время принимают АРТ. Около половины рес-

пондентов (47,4%) не принимают АРТ, указывая, что не делают этого «по медицинским показаниям», для чего требуется дополнительное изучение.

Заключение. Основные барьеры в доступе ЛЖВ к лечению туберкулеза в России:

- низкий уровень информированности о туберкулезе;
- позднее выявление заболевания;
- долгий период стационарного лечения в сочетании с низким качеством и недостаточной социально-психологической помощью в процессе лечения;
- отсутствие наркологической помощи в период лечения.

Употребление ПАВ является причиной почти половины всех пропусков в лечении, которые были выявлены в ходе исследования.

Необходимо развивать амбулаторный этап лечения, создать альтернативу лечению в стационаре для ЛЖВ, интегрировать работу служб, занимающихся лечением туберкулеза, наркозависимости и контролем ВИЧ-инфекции и оказанием социальной поддержки населению.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

СИДОРЕНКО Н. Ю.¹, ЕВДОКИМОВА И. А.¹, ХАРЧЕНКО М. К.², ЗИМИНА В. Н.³

ORGANIZATION OF TUBERCULOSIS PREVENTIVE CHEMOTHERAPY IN RUSSIA FROM THE POINT OF VIEW OF HIV POSITIVE PATIENTS

SIDORENKO N. YU.¹, EVDOKIMOVA I. A.¹, KHARCHENKO M. K.², ZIMINA V. N.³

¹Некоммерческое партнерство «Е.В.А.», г. Санкт-Петербург

²Евразийская сеть снижения вреда, г. Вильнюс

³ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов, г. Москва

¹E.V.A. Non-Governmental Organization, St. Petersburg, RF

²Eurasian Net of Harm Reduction, Vilnius, Lithuania

³People's Friendship University of Russia, Moscow, RF

Цель: по данным анкетирования пациентов выявить уязвимые точки в организации химиопрофилактики туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).

Материалы и методы. Проведено анкетирование 43 ЛЖВ, получавших химиопрофилактику туберкулеза. Анкета включала 23 вопроса по следующим разделам: социально-демографическая часть, информация о лечении ВИЧ-инфекции, информация о химиопрофилактике туберкулеза. Исследование проводили в четырех городах России – Екатеринбурге, Санкт-Петербурге, Калининграде и Набережных Челнах.

Результаты. Среди анкетированных было 19 (44,2%) женщин и 24 (55,8%) мужчины. Средний возраст составил $32,5 \pm 4,4$ года. Большинство 81,4%

($n = 35$) принимают антиретровирусную терапию (АРВТ). Употребление психоактивных веществ в течение жизни отметили 41,9% ($n = 18$) респондентов, активное потребление на момент опроса сохраняли 27,9% ($n = 12$) пациентов.

Данные, полученные при анкетировании: 69,8% ($n = 30$) пациентов отметили, что врач-инфекционист никогда активно не задавал им вопросов, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения для выявления туберкулеза у ЛЖВ (наличие кашля, повышения температуры, снижения массы тела, потливости); у 69,8% ($n = 27$) ЛЖВ показанием для назначения химиопрофилактики туберкулеза были положительная реакция на пробу Манту или на пробу с диаскинтестом; 93,0% ($n = 40$) опрошенных принимали противотуберкулезные препара-