



Мы должны перестать делить болезни

Ряд семинаров, касающихся вопросов профилактики, диагностики и лечения туберкулеза, проходит этим летом в рамках исполняемого ПРООН гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Их ведут члены национальной тренерской команды из специалистов фтизиатрической службы, которые систематически обучаются в рамках грантов в 2011–2013 годах. Более 50 семинаров проведены в 2012 году, сегодня обучение продолжается. В своей деятельности тренеры используют интерактивные методы работы с участниками образовательных мероприятий.



« Обучение современным методам диагностики и лечения — необходимое условие эффективности мер против туберкулеза и ВИЧ.

В Беларуси существует необходимость в обучении нынешним международным подходам диагностики и лечения мультирезистентного туберкулеза (МЛУ), устойчивого сразу к нескольким лекарствам, и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ). Все областные противотуберкулезные лаборатории оснащены современным оборудованием, закупленным на средства грантов, и отдельный этап обучения необходим фтизиатрам для того, чтобы освоить в полной мере возможности, которые дает передовая лабораторная диагностика. Примечательно, что новые методы диагностики отличаются интерпретацией результатов, и крайне необходимо, чтобы медики могли правильно использовать полученные из лаборатории данные для постановки верного диагноза. На средства гранта ГФ разработана и издана специальная памятка по лабораторной диагностике туберкулеза, которая должна прочно «обосноваться» на рабочем столе у фтизиатра.

Важность подобного обучения трудно переоценить, так как оно позволит сократить сроки постановки диагноза и сразу назначить адекватное лечение.

Сегодня, благодаря современным методам диагностики, тип туберкулеза у пациента можно узнать буквально на следующий день (раньше диагноз мог быть поставлен в течение двух месяцев).

На семинарах наши специалисты обучаются также стандартам ВОЗ по лечению МЛУ и ШЛУ туберкулеза, новым схемам терапии, вопросам контролируемого лечения на амбулаторном этапе. Последний вопрос инициирован проблемой отрыва пациентов от лечения (известно, что они не всегда приходят за лекарствами, т. к. часто приходится добираться за препаратами через весь город, а прием подобных лекарств тяжело выдержать в течение нескольких месяцев, а то и лет).

Отдельный семинар состоялся для участников консилиумов по туберкулезу. Необходимость продиктована наличием нестандартных случаев в ведении туберкулеза, в том числе ВИЧ-ассоциированного. Часть семинаров будет посвящена административному менеджменту — планированию, работе с персоналом, устойчивости программ после окончания действия грантов ГФ.

— Мы говорим о важности контролируемого лечения и поддержке пациентов, —

рассказывает координатор по организации образовательной работы по вопросам туберкулеза Группы управления грантами Глобального фонда Елена Родионова. — Не менее важно стимулировать медперсонал. На одном из семинаров мы искали ресурсы, которые могли бы быть использованы в «глубинке». Например, можно договориться с сельсоветом, чтобы пациенту накололи дров, найти возможность дать медсестре надбавку. Но чтобы это сделать, нужно оценить все возможности. Мы видим, что на местном уровне подобное делается, но не системно. А такие меры очень эффективны, потому что в первую очередь это забота о людях.

В августе у нас пройдут два семинара по формированию приверженности лечению. В рамках гранта ГФ разработан и внедрен специальный «дневник пациента», который больные ведут сами. Это всего лишь одно из нововведений. Мы надеемся, что предлагаемые методы работы «приживутся». И очень важно, что в 2013 году семинары «дошли» до районных центров, где часто один врач на 5–10 деревень».

Знаковым в серии обучающих мероприятий стал семинар для специалистов

фтизиатрической, инфекционной и эпидемиологической служб по эффективному взаимодействию в профилактике, диагностике и лечении ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, который состоялся в июле в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии. Семинар собрал инфекционистов, фтизиатров, эпидемиологов областных противотуберкулезных учреждений, ответственных за работу с ВИЧ-позитивными пациентами. В мероприятии также приняли участие представители ПРООН, ВОЗ, пенитенциарной системы.

Диагностика и лечение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза требует особого подхода, если учитывать, что все более актуальной становится проблема мультирезистентной формы, протекающей более тяжело и устойчивой ко многим лекарствам. Вопросы, которые поднимались на семинаре: оказание своевременного лечения людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ) с подозрением на туберкулез; обеспечение охвата профилактикой изониазидом всех нуждающихся ЛЖВ; разработка новой инструкции по упорядочению организации медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Проблема сложнее, чем сочетание двух серьезных болезней

■ **Елена Скрягина**, заместитель директора по научной работе РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии:

— Важность проблемы ВИЧ-ассоциированного туберкулеза актуальна в силу тяжести физического состояния пациентов, сложности выявления инфекции, специфики лечения. ВИЧ-инфекции и туберкулезу часто сопутствуют социальные проблемы. Люди поздно обращаются к врачу, трудно поддаются терапии, прерывают ее. Вопрос нельзя решить только диагностикой и лечением, тут требуется социальная и психологическая поддержка.

Лечение таких пациентов тоже специфическое. Поэтому так важно собирать вместе эпидемиологов, инфекционистов, фтизиатров для того, чтобы попытаться решить проблему комплексно. Сейчас готовится инструкция, которая будет регулировать взаимодействие представителей этих трех служб и станет подспорьем в нашей работе.

Также хочу отметить, что сегодня не только социально незащищенные люди подвергаются риску, ВИЧ и туберкулез могут коснуться любого. Только один из примеров — молоденькая женщина сначала узнала, что больна туберкулезом, а потом у нее обнаружили ВИЧ-инфекцию. Оказалось, что в обоих случаях источником инфицирования стал ее муж. В этой тяжелой ситуации она больше всего беспокоилась о ребенке. Проблема гораздо шире и сложнее, чем сочетание двух серьезных болезней.

Согласно новой инструкции, которая вскоре будет принята, при проведении совместных мероприятий по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, необходимо учитывать три «И»:

- **Интенсивное выявление туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией** с использованием быстрых методов диагностики, обеспечение доступности тестирования лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза;
- **Изониазид-профилактика**;
- **Инфекционный контроль** в противотуберкулезных организациях, где проводится лечение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.



Мы должны перестать делить болезни

с. 1

Еще несколько лет назад у нас не было таких возможностей, как сегодня

■ **Валентин Русович**, координатор программ ВОЗ по туберкулезу в Беларуси:

— За последние пять лет мы существенно приблизились к международным стандартам в ведении пациентов с туберкулезом и ВИЧ. Например, изменились показания для антиретровирусного лечения, увеличился охват пациентов. Более раннее назначение антиретровирусной терапии для таких пациентов часто означает также профилактику туберкулезной инфекции. Порог, с которого назначают антиретровирусное лечение, сегодня повышен до 500 клеток CD-4. Раньше ВИЧ-позитивный человек мог «успеть» заболеть туберкулезом, потому что иммунитет довольно долгое время был снижен, а туберкулезная инфекция для таких людей особенно опасна. Сейчас раннее назначение АРВ-терапии служит дополнительной защитой от туберкулеза.

Еще один момент — внедрение рекомендаций ВОЗ по профилактическому лечению туберкулеза изониазидом у людей с ВИЧ. За последние два года удалось наладить взаимодействие фтизиатрической и инфекционной службам в этом вопросе.

То же самое касается профилактического назначения котримоксазола для всех пациентов с ТВ/ВИЧ, о котором пять лет назад еще не было речи. Раннее назначение таким пациентам котримоксазола, по данным ВОЗ, на 10–15% снижает смертность от пневмоцистной пневмонии (пациент в первые несколько недель заболевания может погибнуть от нее, а не от туберкулеза). Назначение этого препарата до 15% снижает общий показатель смертности.

Новые методы внедряются и в профилактике туберкулеза среди населения. Важно знать, что санитарная обработка поверхностей, которая раньше составляла важную часть противотуберкулезных мероприятий, не так эффективна против микобактерий, как считалось ранее. Основной путь передачи инфекции — аэрогенный. Микобактерии так малы, что довольно долгое время могут находиться в воздухе, не оседая на поверхности. Воздух нельзя «помыть», зато помещение можно проветрить. Под воздействием прямых солнечных лучей возбудители тоже довольно быстро погибают.

Более пристальное внимание сегодня уделяется и активному выявлению контактов с инфекционно опасными формами туберкулеза (не все формы туберкулеза опасны для окружающих). Не всегда пребывание рядом с инфицированным означает вероятность заболеть самому, но такой «шанс» есть, особенно для людей, живущих с ВИЧ. На этот случай существует профилактическое лечение, которое снижает в несколько раз риск заражения активным туберкулезом — в случае опасного контакта. Важно также понимать, что пациенты, которые эффективно лечатся, через определенное время (от нескольких недель до нескольких месяцев для лекарственно устойчивых форм) перестают выделять микобактерии. Поэтому так важно не прерывать лечение.

Несмотря на то, что появились такие сложные для терапии формы туберкулеза, как МЛУ и ШЛУ, нужно знать главное: туберкулез, включая резистентную форму, — полностью излечим. Да, лечение отличается стоимостью, длительностью и особенно усилиями, которые должен предпринять пациент, чтобы выздороветь. Но это возможно. 90% больных полностью излечиваются от обычного туберкулеза, и при оптимальной ситуации до 70% — от мультирезистентного. Обязательное условие при этом — ежедневный прием лекарств и точное соблюдение рекомендаций врача. И последнее: чем раньше человек обращается за помощью, тем больше у него шансов навсегда избавиться от болезни.

Нет разных групп риска — есть одна, в которой мы все

■ **Дмитрий Рузанов**, доцент кафедры фтизиопульмонологии, проректор по лечебной работе ГГМУ:

— Сегодняшний семинар готовился давно. Еще в феврале прошлого года на рабочей встрече с участием инфекционистов, эпидемиологов и фтизиатров мы наметили пути междисциплинарного взаимодействия. Механизм такого взаимодействия найдет отражение в Инструкции по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, проект которой представлен сегодня «на суд» коллег трех специальностей. То есть мы сегодня не только обогащаем друг друга знаниями и делимся опытом, но и создаем определенную нормативную базу, которая будет регулировать по всей территории страны профилактику и лечение этих серьезных инфекций. В последующем важно наладить еще и четкое взаимодействие с наркологами, поскольку, если мы говорим о проблеме ВИЧ/ТБ, то часто наши пациенты имеют различные формы зависимостей. Не менее важно взаимодействие и с медицинской службой Департамента исполнения наказаний. Ведь только такой «мультидисциплинарной командой» мы можем эффективно проводить профилактику, раннюю диагностику и эффективное лечение, повысить приверженность пациентов как к противотуберкулезной терапии, так и к АРВ. Мы должны выступать буквально одним фронтом, и в первую очередь перестать делить болезни. В нашем случае может быть два и более заболевания — ВИЧ, туберкулез, наркомания, гепатиты и пр. — но один пациент, который ждет от нас помощи.

К сожалению, острота вопроса стигматизации таких пациентов остается прежней. До сих пор еще нет-нет, да слышны призывы изолировать куда-нибудь подальше этих больных: дескать, так и проблема решится. Кроме того, что подобные «гуманные» методы общество практиковало на протяжении человеческой истории крайне неудачно, ни ВИЧ, ни ТБ уже давно не являются признаком только асоциальных групп населения. И самые добропорядочные граждане, которые даже помыслить не могли об опасности, сегодня, к сожалению, тоже становятся нашими пациентами. Если мы все-таки называем себя гуманным обществом, почитаем себя людьми образованными, давайте перестанем не только делить болезни, но и делить общество на «мы» и «они». Это тупиковая ситуация, которая не дает двигаться дальше.



« Туберкулез — серьезное заболевание, но от него можно полностью вылечиться.

Вопрос приверженности лечению — один из первых по значимости

■ **Игорь Карпов**, заведующий кафедрой инфекционных болезней БГМУ, главный внештатный инфекционист Минздрава, доктор мед. наук, профессор:

— Туберкулез у пациентов с ВИЧ и ТБ протекает при ярко выраженной иммунодепрессии и отличается своеобразной клинической картиной. Поэтому основной и очень важный момент — это вовремя назначить адекватную терапию. Не всегда мы знаем, в «чьи руки» сначала попадет такой пациент, и крайне важно работать в команде.

На одно из первых мест по значимости я вывел бы также вопросы приверженности к лечению. Подавляющее большинство пациентов, умерших от ВИЧ в Минске в прошлом году, были люди, которые не принимали АРВ-терапию.

Работа по-новому

■ **Дмитрий Захаревич**, заведующий туберкулезным диспансером Лиды, участник семинара:

— Это мой первый семинар такого рода, и я получил много нужной информации по схемам лечения. Когда приеду домой, соберу коллег и расскажу все, что здесь узнал. В первую очередь, это вопросы, касающиеся профилактики изониазидом. Теперь я могу так же доступно, как на этом семинаре, поведать своим коллегам о новых методах. Подход к работе, безусловно, изменится.

■ **Людмила Дымель**, врач-инфекционист поликлиники № 2 Борисова, участник семинара:

— Плюсами такого семинара считаю «живое» общение и возможность перенять опыт у коллег. В нашем городе шесть пациентов с ВИЧ в стадии СПИД, и у четырех из них эта стадия обусловлена именно туберкулезом. Один пациент с ВИЧ/МЛУ. Новые подходы в лечении неоценимы. Многие практики мы уже применяем, например, профилактику изониазидом. Тем не менее, более активное взаимодействие с фтизиатрами еще предстоит наладить.