

Отчёт о проведении экспресс-оценки ситуации в области доступа к лечению туберкулёза для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в Латвии (март-апрель 2010 года)

1. Описание региона и сегмента оценки

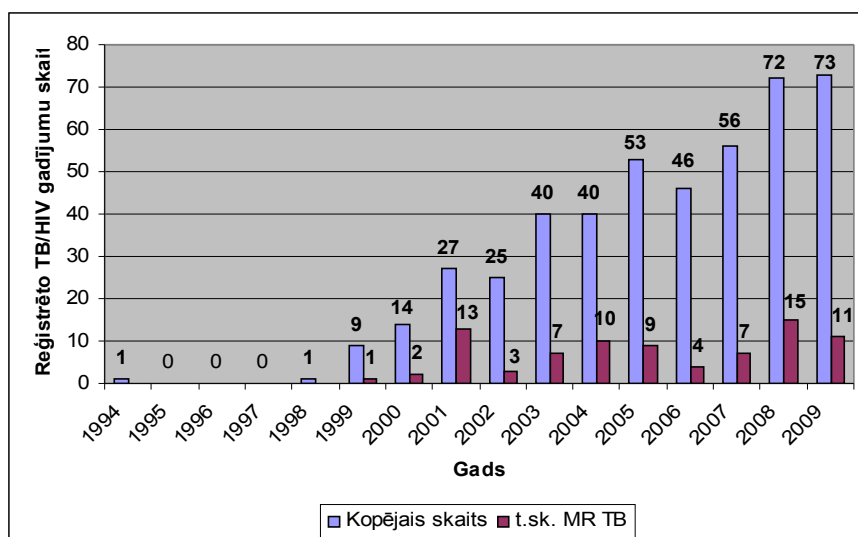
1.1 Краткая информация о ситуации в Латвии

Первичная заболеваемость туберкулёзом в 2009 и 2010 годах в абсолютных числах:

	2009 год	с января по март 2010 года	Ситуация с туберкулёзом (ТБ) в Латвии начала усложняться в 1993 году, когда начался подъём заболеваемости. Ситуация с ТБ постепенно ухудшалась, достигнув максимума - 74 новых ТБ случаев на 100 000 жителей в 1998 году. Начиная с 2002 года, заболеваемость туберкулёзом в стране снижается. В 2009 году в Латвии были выявлены только 830 новых ТБ случаев, что составило лишь 36,6 случая на 100 000 населения. Распространение множественно лекарственно устойчивых (МЛУ ТБ) форм туберкулёза в Латвии является реальным вызовом в борьбе с туберкулёзом и характеризуется резким подъёмом числа этих форм с 1994 по 1998 год. По ходу внедрения лечения множественно лекарственно устойчивых форм, число их постепенно снижалось, но среди этих форм процентуально растут формы почти неизлечимые (ШЛУ ТБ – широко лекарственно устойчивый туберкулёз), составляя 14 % от множественно лекарственно устойчивых форм в 2009 году.
Впервые заболевшие, всего	830	171	
в том числе:			
мужчины	559	111	
женщины	271	60	
из них:			
дети до 14 лет	40	12	
подростки от 15 до 18 лет	11	2	
Мультирезистентные формы	124	20	
Умерли	88	8	

1.2 Описание сегмента ситуации, выбранного для оценки: ко-инфекция ВИЧ/ТБ

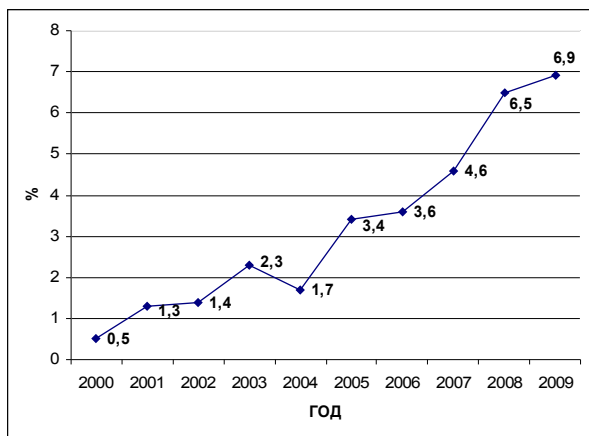
Reģistrētie TB/HIV gadījumi valstī



В 1994 году, когда начался подъём заболеваемости туберкулёзом, был зарегистрирован первый случай сочетания ТБ/ВИЧ, а следующий - в 1998 году, когда общая заболеваемость ТБ достигла максимума. Ещё год спустя зарегистрировано уже 9 случаев ТБ/ВИЧ. Потом, год за годом, росло число пациентов, у которых ВИЧ инфекция усложнилась присоединением ТБ, т.е. за 10 лет увеличилась семикратно, достигая

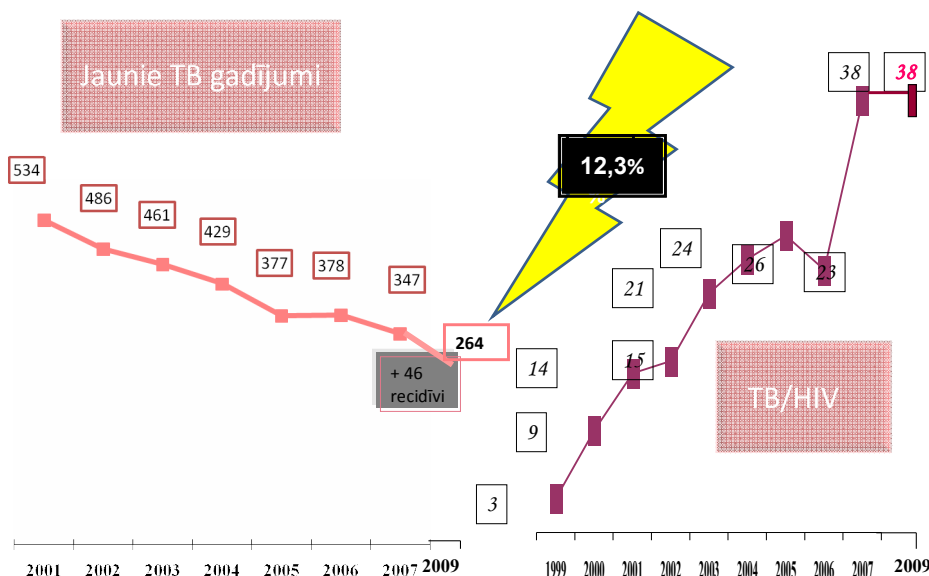
73 новых случаев ТБ/ВИЧ в 2009 году - это значит, что каждый седьмой туберкулёзный больной, которого выявили в Латвии, одновременно являлся и ВИЧ инфицированным. Мультирезистентная форма туберкулёза у инфицированных ВИЧ впервые выявлена в 1999 году, уже в 2001 году таких пациентов было 13, максимума показатель МЛУ ТБ достиг в 2008

году - 15 пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.



Процент коинфицирования ВИЧ среди впервые выявленных ТБ случаев в Латвии по годам - таблица показывает неуклонный рост

TB un TB/HIV reģistrētie gadījumi Rīgā

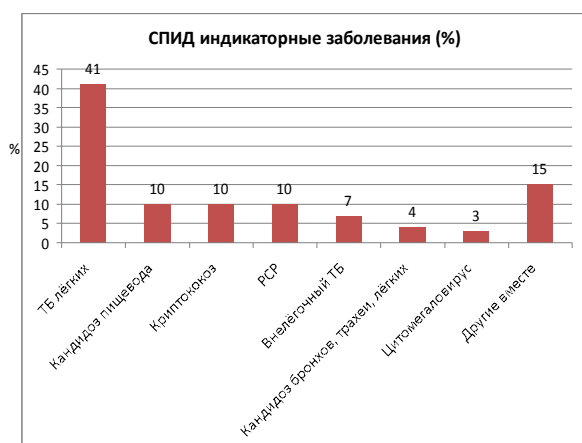


В столице страны Риге в 2009 году из 264 новых ТБ случаев и 46 рецидивов ТБ были выявлены 38 пациентов с ТБ/ВИЧ, что составило 12,3% от общего числа болевших ТБ и более половины от случаев выявления ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Латвии. Всего лечение туберкулёза в 2009 году получали 58 больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ.

Преобладание выявляемости ко-инфекции в Риге объясняется территориальной кон-

центрацией тюрем (4 тюрьмы, включая центральную следственную тюрьму). Пребывание в местах заключения повышает риск заражения ТБ и ВИЧ инфекцией. Тюремные условия и в Латвии повышают подверженность и уязвимость заключенных в отношении этих инфекций и способствуют более рискованному поведению (скученность, закрытые помещения, контакты воздушно капельные и через незащищенный секс, ПИН, нанесение татуировок). Из вновь выявленных случаев ТБ/ВИЧ часть выявлена в местах заключения: от 5 случаев в 2001 году, до 11 в 2008 и 17 в 2009 году.

Год	АРТ "+"	АРТ "-"	Всего	Пропорция пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию.
2004	29 (73%)	11	40	Если у ЛЖВС возникает активный туберкулёз, это является индикацией для обсуждения начала лечения антиретровирусной терапии. В зависимости от числа CD4, начало АРТ начинают, как только установлена переносимость лечения ТБ до тщательного наблюдения за числом CD4 лимфоцитов при CD4 выше 350/мл. Доступ пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ к антиретровирусной терапии за последние 6 лет в среднем был только 58% (от 29% (2008) до 78% (2006)).
2005	28 (53%)	25	53	
2006	36 (78%)	10	46	
2007	30 (54%)	26	56	
2008	21 (29%)	51	72	
2009	44 (60%)	29	73	



СПИД индикаторные заболевания в процентуальном выражении (статистика с начала эпидемии в 1987 году по март 2010 года).

ТБ является наиболее частым СПИД индикаторным заболеванием в Латвии, в промежутке времени от 1987 по март 2010, ТБ как индикаторное заболевание СПИДа был обнаружен у 49 % пациентов (из них 41% лёгочный ТБ и 7 % внелёгочный ТБ)

Доступ к антиретровирусной терапии в местах лишения свободы: в 2006 году 7 из 8 (88%) ТБ больных с ВИЧ инфекцией получали АРТ, в 2008 только 2 из 11 (18%). Ситуация улучшилась в 2009 году, когда из 17 больных активным ТБ, 9 (53%) имели возможность одновременно получать антиретровирусную терапию. Всего в местах лишения свободы (МЛС) антиретровирусную терапию получают в среднем в год 32 человека с ВИЧ.

Опрошенные эксперты единодушно утверждают, что низкий уровень предоставления антиретровирусной терапии при ко-инфекции ВИЧ/ТБ объясняется исключительно медицинскими контриндикациями к назначению АРВ терапии (такими, как опасность синдрома иммунной реконструкции), однако, в распоряжении НПО есть сведения о случаях непредоставления АРВТ "неперспективным больным".

Ответа на прямой вопрос о причинах низкого охвата АРВТ ко-инфицированных ВИЧ/ТБ после доклада о ситуации в этой сфере на заседании Координационной комиссии по ограничению распространения ВИЧ-инфекции, туберкулёза и сексуально-трансмиссивных заболеваний 17 февраля 2010 года, заданного членом комиссии... просто не последовало.

Статистические данные 2008 года по социальным группам свидетельствуют, что в МЛС выявлено 4% заболевших ТБ, ранее отбывали наказание в МЛС - 11% пациентов, злоупотребляющие алкоголем составляют 31% от общего числа заболевших, наркоманы/токсикоманы - 5%, инфицированные ВИЧ - 6,5%, безработные/бездомные/недостаточно питающиеся - 54% от общего числа заболевших. Надо отметить, что в 2008 году экономическая ситуация в стране охарактеризовывалась, как "перегревающаяся экономика", о кризисе было объявлено в конце года.

Когорта лечения ТБ у ВИЧ+ и ВИЧ – пациентов (данные 2008 года):

	ВИЧ+	ВИЧ-
Излечены	19 (40%)	472 (77%)
Неудача лечения	1 (2%)	5 (1%)
Прекратили лечение	5 (11%)	21 (3%)
Выехали	1 (2%)	2 (0.5%)
Умерли	17 (36%)	54 (9%)
МЛЮ ТБ	4 (9%)	58 (9,5%)
Всего	47	612

Таблица чётко показывает, что среди ЛЖВС процент излечения ТБ почти наполовину меньше, чем у людей без ВИЧ инфекции; они почти в 4 раза чаще прекращают лечение ТБ, а умирают в 6 раз чаще.

<Раздел 2 не подлежит публикации>

3. Основные выводы, полученные в результате оценки

3.1 Уровень контекста

2006	180,52	Динамика государственного финансирования охраны здоровья на 1 жителя Латвии (в латвийских латах, 1 LVL = 1,88 USD)
2007	227,10	

2008	253,79	Латвийская Республика - одно из государств, наиболее страдающих от экономического кризиса, который начался в декабре 2008 года и с тех пор только углубляется. Кризис вызвал резкое сокращение государственного финансирования на охрану здоровья (до 3,6% от ВВП), в то время, как индивидуальной страховой медицины в стране нет.
2009	222,67	
2010	192,50	
2006	2,57	Динамика средней цены одной упаковки лекарств (в латвийских латах, 1 LVL = 1,88 USD) В то же время средняя цена одной упаковки лекарств неуклонно растет, точно так же растут расценки на медицинские и диагностические услуги. В 2009 году существенно снижен уровень компенсирования цены на медикаменты и многократно повышены взносы пациентов за оказываемые государством услуги здравоохранения. Общая цена вопроса медицины в Латвии (включая образование) оценивается в 1 миллиард латвийских латов, из этой суммы государственный бюджет финансирует в 2010 году 432 миллиона, т.е. 43%
2007	3,01	
2008	3,48	
2009	4,14	

В 2009 году проведены масштабные структурные реформы в сфере охраны здоровья, в результате которых объединены больницы, ликвидированы отдельные Государственные Агенства (ГА). Реорганизация особенно коснулась лечения и профилактики инфекционных заболеваний. Было ликвидировано ГА Общественного здоровья, в составе которого находился отдел ВИЧ ("СПИД-центр") и сексуально-трансмиссивных заболеваний; ликвидировано ГА туберкулёза и лёгочных заболеваний, ГА сексуально-трансмиссивных заболеваний. Функции этих служб переданы ГА "Латвийский Центр инфектологии" (ЛЦИ), который финансируется государством по принципу сметы. В результате чего так и не удалось выяснить объём средств, выделяемых государством на лечение и профилактику ВИЧ и туберкулёза в 2010 году. Отдельных строк бюджета на эти цели нет. Руководители структурных подразделений не могут назвать объём доступного им финансирования. Оплата счетов производится "из общего котла" ЛЦИ. Какие-либо цифры финансирования профилактики ВИЧ и ТБ вообще не существуют и финансирование проводимых мероприятий производится путём предварительного согласования. Цепь реорганизаций ещё не завершена и сейчас рассматриваются планы ликвидации ГА ЛЦИ, как самостоятельной структуры, путём объединения с Рижской Восточной университетской больницей уже с 1-го июля, что вызывает большое беспокойство по поводу дальнейшего ухудшения состояния дел с профилактикой инфекционных заболеваний.

Уровень безработицы в Латвии достиг самого высокого среди стран Европейского союза - 22,3%, снижаются зарплаты работающих, снизилась доступность добровольного тестирования на ВИЧ (на треть меньше добровольных тестов) из-за повышения взносов пациента за до- и после-тестовое консультирование, а на этом фоне статистика инфекционных заболеваний показывает снижение темпов инфицирования ВИЧ и туберкулёзом в 2009 и 2010 годах. Новых случаев ВИЧ выявлено 65 за 3 месяца - т.е. в среднем 21,7 случая в месяц против 22,9 случая в месяц в 2009 году,- а новых случаев туберкулёза выявлено 85 за 2 месяца - т.е. 42,5 случая в месяц против 69,2 случаев в месяц в 2009 году. Такая же тенденция снижения прироста заболеваний наблюдалась и в 2009 году в целом по отношению к 2008 году. Специалисты-практики утверждают, что **уменьшение заболеваемости ТБ и инфицируемости ВИЧ в Латвии за последний год, несмотря на глубокий экономический кризис, скорее свидетельствует о том, что заболевшие не обращаются своевременно к врачам. Это подтверждается объективными данными об увеличении доли больных с мультирезистентным туберкулёзом (12%), увеличении доли стадии СПИДа (18,3%), увеличении доли сочетанной инфекции ТБ с ВИЧ (8,8%).**

Это заключение подтверждает прогноз учёных, что в ближайшее время заболеваемость туберкулёзом в Латвии может составить 200 случаев на 100 тысяч жителей (в настоящее время - 36,6 случая).

В Латвии нет государственной программы по ограничению распространения туберкулёза. Была сделана попытка создания комплексной государственной программы по ограничению инфекций ВИЧ и туберкулёза на 2008-2012 годы, однако программа не была одобрена, хотя её разработка проходила в так называемые "жирные годы" стремительно развивающейся экономики, из-за чрезвычайной дороговизны и подозрений о включении в неё нерациональных расходов. Было принято решение о разработке отдельной государственной программы только по ограничению распространения ВИЧ инфекции - такая программа на 2009-2013 была принята 30 июня 2009 года с нулевыми показателями в бюджете на 2010-2013 годы. Таким образом, эта **программа является более декларативным, чем практическим документом.** В программу включены некоторые мероприятия по ко-инфекции ВИЧ/ТБ, например, в 2010 году:

Мероприятие	Количественный охват и комментарии
Актуализировать клиническое руководство по лечению инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, в том числе по лечению туберкулёза и других сопутствующих заболеваний	1 клиническое руководство
Проводить быструю диагностику туберкулёза у инфицированных ВИЧ с обоснованными подозрениями на туберкулёз	- на резистентность 40 обследований - на латентный туберкулёз 20 обследований - экспресс-диагностика мультирезистентного туберкулёза 0 обследований (несмотря на 0, уже проводятся)
Разработать предложения по "тройному лечению в одном месте" потребителей инъекционных наркотиков (антиретровирусная терапия + заместительная терапия + лечение туберкулёза)	Предложение, кочующее из-года в год, без каких-либо реальных продвижений. Мнения о необходимости таких "интегрированных сервисов" среди специалистов и работников НПО разнятся от полного одобрения до полной ненужности из-за крайней малочисленности целевой группы, а с 1-го января 2010 сама возможность осуществления предложения под большим сомнением, ибо АРТ пациент получает сам в любой аптеке по компенсируемому рецепту
Обеспечить инфицированным ВИЧ антиретровирусную терапию и лечение туберкулёза в местах лишения свободы	АРТ/ТБТ - 40 пациентов / 11 пациентов

Мнения о необходимости государственной программы по ограничению туберкулёза разнятся:

- необходима общая долгосрочная программа на 10 лет по ограничению распространения инфекционных заболеваний с отдельными разделом по ТБ;
- программа не нужна - достаточно добротного клинического руководства по выявлению туберкулёза;
- программа не нужна, достаточно создания специального национального методически-контрольного отдела (не более 3 человек) по надзору за осуществлением деятельности по противодействию туберкулёзу в стране.

Общепризнано, что в Латвии система профилактических и лечебных программ по ВИЧ, ТБ и ВИЧ/ТБ для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) отлажена хорошо, **но только в отношении тех ПИН, которые сотрудничают с врачами, посещают их регулярно, у которых довольно высокий уровень приверженности к лечению.**

Эксперты утверждают, что нет особого предвзятого отношения к ПИН, если сами ПИН проявляют достаточную заботу о своём здоровье. Все пациенты в таких случаях - равны. Заболеваемости туберкулёзом в Латвии способствует распространение ВИЧ-инфекции. Она

ускоряет развитие активного туберкулёза сразу после заражения и в 30 раз повышает риск развития активного туберкулеза у лиц с латентным туберкулезом. Развитие эпидемии ВИЧ приводит к радикальным изменениям в эпидемиологии туберкулёза и делает задачу искоренения туберкулёза ещё более сложной. Прирост заболеваемости туберкулёзом среди ПИН тесно связан с приростом инфицирования ВИЧ в этой популяции и в связи с этим, мы всё же считаем необходимым актуализацию (пересмотр) стратегии профилактики, диагностики и терапии туберкулёза среди ВИЧ/СПИД пациентов.

3.2 Уровень структуры

Латвия внедрила систему контролируемой амбулаторной ускоренной терапии (СКАУТ или DOTS) в 1996 году, а в 1998 разработала систему лечения МЛУ ТБ. В стране есть 6 специализированных на ТБ больниц общего режима (из них 5 располагают амбулаторными отделениями), 1 закрытый стационар для больных, нарушающих режим или уклоняющихся от лечения активного ТБ, а так же для больных с зависимостями, 1 специализированный стационар (с 2-мя отделениями) для психоневрологических больных с ТБ, 1 специализированное ТБ-отделение в тюремной системе, 25 региональных специализированных ТБ-кабинетов. Все эти учреждения осуществляют как диагностику, так и лечение ТБ. Диагностику и лечение ТБ оплачивает государство, взносов пациента за посещение врача нет, однако, есть взнос за лабораторные исследования взрослым пациентам - 1 лат. Для первичных больных необходима регистрация у семейного врача и направление к фтизиатру, а пациентам, которые переболели ТБ, направление не нужно, им рекомендуется регулярно проходить проверки у фтизиатра. Государство финансирует за счёт государственного бюджета диагностику и лечение гражданам и постоянным жителям Латвии, гражданам ЕС и ЕЭЗ, Швейцарии, иностранцам, имеющим постоянный вид на жительство в Латвии, беженцам и людям с альтернативным статусом. Иностранцы с временным видом на жительство должны оплачивать все медицинские услуги в полном размере, включая комбинированную антиретровирусную терапию для лечения ВИЧ (с 1 января 2010 года, до этого дня медицинские услуги и лечение, связанные с ВИЧ инфекцией, были бесплатны для всех).

В 2007 году в Латвии финансировалось 945 койко-мест (включая 80 в тюремной системе и 65 в специализированных стационарах). Со снижением темпов заболеваемости туберкулёзом, финансируются 410 койко-мест, единовременная заполняемость 350 - 370 пациентов, среднегодовая заполняемость от 60 до 87 %, что расценивается, как нормальный показатель в существующей эпидемиологической ситуации. В тюремной системе сохранены 25 койко-мест. Очереди на госпитализацию при диагнозе ТБ нет.

Эксперты расценивают доступность услуг по ТБ как достаточную. Мнения пациентов приведены в главе 3.5.

Специализированных сервисов для больных двойной инфекцией ВИЧ/ТБ нет.

При ТБ стационарах работают социальные работники. Психологи, психиатры, наркологи и прочие сторонние специалисты приглашаются по потребности. Подробнее - в главе 3.3.

В Латвии 2 неправительственные организации, занимающиеся проблемой только туберкулёза: Латвийский Фонд по борьбе с туберкулёзом, занимающийся просветительским делом, обучением специалистов и международным сотрудничеством специалистов, содействием введению новейших методов диагностики и лечения ТБ; Латвийское общество по борьбе с туберкулёзом, занимающееся просветительством, информированием и психосоциальной поддержкой больных, содействием введению новейших методов диагностики и лечения ТБ, обучением "пациент-пациенту" (главная целевая аудитория - люди, для которых актуальна проблема ТБ). В 2006 году отдельно выделилось в научную институцию Отделение образования и науки в области туберкулёза.

Неправительственные организации не обладают достаточными ресурсами, публичная информация об их активностях появляется довольно редко, своих домашних страниц в интернете нет. Пациенты с двойной инфекцией ВИЧ/ТБ отдельно не выделены как целевая группа, ПИН - тем более.

Связь медицинских учреждений с неправительственными организациями, оказывающими

помощь ЛЖВ и ПИН в целом по стране очень слаба, оценивается, как неплохая в четырёх городах: Риге, Елгаве, Кулдиге и Лиепае.

Связь между инфекционистами и фтизиатрами очень тесная, ибо теперь - это одно учреждение. Все больные с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ демонстрируются на совместных консилиумах для разработки индивидуальной стратегии лечения.

Без комментариев: Цепь реорганизаций ещё не закончена. В 2009 году были упразднены Государственные Агенства Общественного здоровья и Туберкулёза и лёгочных болезней, и их функции отданы Государственному Агенству "Латвийский Центр инфектологии" (ЛЦИ), однако, теперь рассматривается план слияния этого агенства с Восточной клинической университетской больницей. 27 апреля 2010 года Министерство здоровья получило письмо 384 работников ЛЦИ с их озабоченностью по этому поводу и аргументацией против такого объединения.

3.3 Уровень регламента

Нормативная база, регулирующая оказание медицинской помощи пациентам, имеющим двойной диагноз ВИЧ и туберкулёз, как и только туберкулёз, разработана в Латвийской Республике достаточно подробно, и самое главное - нормативные документы исполняются на практике. Действуют клинические руководства по лечению туберкулёза, по лечению множественно лекарственно устойчивого туберкулёза, по лечению туберкулёза у инфицированных ВИЧ. Разрабатывается новое руководство по диагностике и лечению туберкулёза с учетом новейших технических решений. С 1 июля 2010 года Правила Кабинета министров предусматривают финансирование за счет государственного бюджета домашнего медицинского ухода ВИЧ инфицированных пациентов с расстройствами двигательных функций и/или наличия туберкулёза, при этом - материальное положение пациента не имеет значения, важны только диагнозы. Кризис практически не коснулся собственно медикаментозного лечения и диагностики туберкулёза. Конечно, пострадали другие аспекты: сокращение штатов, в том числе врачей и медсестёр, снижение зарплат медицинских работников, пациенты отмечают некоторое ухудшение питания в стационарах (хотя это, безусловно, - субъективно), прекращена выдача обедов на сайтах СКАУТ для амбулаторно лечащихся, была прекращена выдача транспортной компенсации на этих сайтах, однако, резкое ухудшение приверженности пациентов лечению вынудило компенсации снова ввести. Медикаменты для лечения ТБ государство обеспечивает в полном объеме, в полном ассортименте, сколько бы они не стоили; всё лечение, диагностика и обследования для пациентов с ТБ бесплатно, в соответствии со статьёй Закона о лечении.

Самоуправления пока-что достаточно хорошо справляются с возложенной на них Законом обязанностью предупреждать распространение опасных инфекций, к которым относится ТБ, на своих территориях, социальные службы и муниципальная полиция участвуют в розыске уклоняющихся от лечения. Однако, кризис коснулся и социальной сферы: если не говорить о практической ликвидации социальных пособий по болезни и оплате лекарств (оплата лекарств и взносов пациента бедным и малоимущим теперь производится самим государством в рамках программы "Подушки социальной защиты" за счёт средств Всемирного Банка), то, например, в 2009 году были снижены нормы жилой площади в центрах социальной защиты, в которых проживают социально неустроенные люди, что привело к большей скученности их обитателей; и если центры социальной защиты, находящиеся в прямом подчинении Министерства благосостояния периодически проверяют своих обитателей на туберкулёз и осуществляют профилактические осмотры, то такие центры под эгидой самоуправлений профилактическими проверками не занимаются, пока не констатируется наличие очага ТБ.

Есть чёткие инструкции и алгоритмы действий при обнаружении очагов туберкулёза и опрошенные эксперты утверждают, что они соблюдаются.

Ситуация сильно ухудшилась в местах лишения свободы. Только в 3 тюрьмах из 10 сохранились рентгеновские установки. Рентгеновский автобус ликвидированного Государственного Агенства туберкулёза и лёгочных болезней, который раньше объезжал тюрьмы, из-за

недостатка средств больше этого не делает. Тюремные врачи заняты на неполную ставку - от 0,25 до 0,75. Туберкулёз и СПИД выявляются только при наличии явных отчётливых признаков заболеваний - симптоматически. Профилактические осмотры ВИЧ инфицированных в тюрьмах не проводятся.

Программы профилактики ВИЧ/Программы снижения вреда в Латвии нормативно не регламентируются никак. С ликвидацией Агенства Общественного здоровья исчезла и отдельная строка финансирования закупок шприцев, экспресс-тестов, дезинфекционных материалов, издания просветительской и профилактической литературы. Теперь финансирование этих закупок проводится из бюджета Латвийского Центра инфектологии "по согласованию потребности". Все остальные расходы на содержание программ всегда покрывались самоуправлениями в рамках их автономных функций - проще говоря, "хочу - делаю, хочу - нет", так как никакими нормативными актами такая обязанность самоуправлений не предусмотрена. Кроме того, было финансирование из разных проектов международных организаций, которое всё в 2010 году закончилось.

При Рижском амбулаторном отделении Клиники туберкулёза и лёгочных болезней Латвийского Центра инфектологии организован так же и обмен шприцев для ПИН. Также действует пока-что отдельный консультационный кабинет для ПИН Латвийского Центра инфектологии. Все остальные программы профилактики ВИЧ в Латвии - муниципальные или на базе неправительственных организаций.

Наркологическая помощь в туберкулёзных и инфекционных стационарах оказывается по потребности, приглашаемыми со стороны специалистами. Лечение ТБ у зависимых больных, если они продолжают употреблять наркотики, проводится в специальном закрытом стационаре "Цеплиши" для больных, нарушающих режим или уклоняющихся от лечения активного ТБ, а так же для больных с зависимостями. Жалобы от пациентов этого стационара нам неизвестны. Наоборот, есть положительный отзыв одной пациентки ПИН, которая сама попросилась в этот стационар и успешно прошла лечение. Затраты на его содержание, включая лечение пациентов, составляли 55 тысяч латов в марте 2010 года на 80 койко-мест.

Жалоб на отсутствие штатных наркологов при ТБ службах со стороны пациентов нет, а вот мнения экспертов по этому поводу диаметрально разные: от полного удовлетворения существующей ситуацией до желания видеть реальные мультидисциплинарные команды. Бесконечные дискуссии о необходимости так называемых "интегрированных сервисов", при абсолютной поддержке всеми идей, как таковых, остаются всего лишь разговорами на практике, и даже робкие попытки создания мультидисциплинарных команд, начатые при посредничестве Управления ООН по наркотикам и преступности и с его финансированием, провалились.

Наркологи работать с пациентами, какими бы они ни были, разумеется, не отказываются, но возможностей оказывать эффективную, своевременную помощь и, особенно, реабилитацию, если пациент не располагает достаточными денежными средствами - у наркологов минимальные из-за драматического снижения финансирования. Так, малочисленные сохранившиеся государственные программы мотивации / реабилитации принимают пациентов при условии оплаты им максимально допустимого взноса пациента за одну госпитализацию - 240 латов. При этом частная наркология процветает, как и сектантские религиозные реабилитационные центры.

ПИН, находящиеся в поле нашего зрения, предпочитают тратить громадные суммы денег на наркотики, чем за такие же деньги лечиться и реабилитироваться. А государственную наркологию в основном используют для "сбить дозу", а так же получать метадон. Однако и метадоновые программы - бесплатные пока-что для пациента,- подумывают о введении взноса пациента, ибо и они уже ощущают сильную нехватку средств.

Принудительного лечения зависимостей от химических веществ в Латвии нет, однако есть некоторые законодательные механизмы принудительного воздействия в отношении несовершеннолетних, а в отношении взрослых, кроме уголовного или административного наказания, судьи могут наложить обязанность излечения.

Уровень квалификации специалистов по диагностике и лечению ТБ в Латвии традиционно очень высокий. Уровень знаний фтизиатров и инфекционистов по ведению пациентов с двойной инфекцией ВИЧ/ТБ так же очень высокий.

3.4 Уровень общественного мнения

То, что на уровне личного общения терпимость (толерантность) к инфицированным ВИЧ людям за последние 10 лет возросла, известно достоверно из различных опросов общественного мнения, систематически проводимых к "знаменательным датам"- Всемирному Дню СПИДа и Дню Памяти умерших от СПИДа. Большое значение в повышении толерантности играют общественные организации, особенно, те их работники, которые не скрывают своего ВИЧ+ статуса, или те, которые системно работают с инфицированными ВИЧ и ПИН. Нами проводилось анкетирование с аналогичной целью 5 лет назад (2005 год, апрель). Тогда из 44 заполнивших анкету, у 31 не было бы проблем работать/учиться с ВИЧ инфицированным в одном коллективе, 41 продолжали бы дружить с инфицированным, 20 не боялись бы продолжать совместную жизнь (22 отказались бы, а 2 не смогли ответить), 27 респондентов не согласились с тем, что ВИЧ - болезнь только наркоманов, сексуальных меньшинств и сексуально распущенных. 25 респондентов охарактеризовали отношение общества в инфицированным ВИЧ как безразличное (что само по себе уже неплохо!), а 24 - как дискриминирующее и ненавистническое.

В интерактивном голосовании часового прямого эфира по телевидению 30 ноября 2009 года эмпатичное отношение к инфицированным ВИЧ выразили 271 человек против 21.

В анкетировании данной оценки ситуации (2010 год) анкеты опроса общественного мнения заполнили 40 человек из "общей популяции". 13 человек (32,5%) отметили, что у них есть знакомые ВИЧ-инфицированные, 8 человек не знают о ВИЧ статусе своих знакомых, а 15 респондентов (37,5%) убеждены, что среди их знакомых ВИЧ-инфицированных нет. При этом 15 человек (37,5%) ответили, что не знают о том, что туберкулёз - самое частое заболевание, развивающееся на фоне инфекции ВИЧ, 2 - не интересуются проблемой, остальные (47,5%) просто этого не знали.

8 респондентов (22,2%) отметили, что среди их знакомых есть люди, болевшие туберкулёзом, 10 не знают или не интересуются, остальные 22 (55%) уверены, что нет.

Правильный ответ, что туберкулёз передаётся воздушно-капельным путём отметили 32 респондента, однако, анкетирование показало о стойкости мифов по путям распространения ТБ - так, ответ "от сырости в помещении" дополнительно подчеркнули 12 респондентов (30%, в МЛС этот миф ещё более стоек - обитатели МЛС твёрдо уверены, что сырые камеры гарантируют ТБ и приходится непрерывно объяснять, что для возникновения любой инфекции нужна бактерия или вирус). Распространены мифы, что ТБ можно заразиться через общую посуду (31%), с поцелуями (15%). 7 респондентов воздушно-капельный путь не отметили, полагая, что заразиться ТБ можно через кровь, общей посудой, в общественном транспорте, половым путём и т.д., а 2 из них - через насекомых.

3 респондента уверены, что они не могут заразиться ТБ, еще 1 уверен "что он привит от ТБ", 10 респондентов не знают, могут ли они заразиться (25%), остальные 26 респондентов оценили личный риск заразиться как в разной степени возможный (65%).

Усилия государства в искоренении ТБ оценили как достаточные 2 респондента (5%), не знают/не интересуются 16 (40%), остальные (55%) оценили как недостаточные.

Анкетирование показывает, что в большинстве люди правильно оценивают риск заразиться ТБ, достаточно предусмотрительны (значительно гипертрофированно) в отношении себя от инфицирования.

"Какие меры Ты лично принял бы в борьбе с туберкулёзом?" - "Больше привлекал бы внимание прессы и телевидения"- "Пропагандировал бы одноразовую посуду, мытьё рук"-

"Усилил бы просветительскую работу, больше информации"- "Госпитализирование всех подозрительных"- "Сделал бы социальную рекламу о том, как себя защитить"- "Ввёл бы наказание для тех, кто сознательно врёт при общении со здоровым человеком"- "Создал бы больше центров по лечению больных ТБ"- "Ввёл бы принудительное лечение."

"Отказывающихся от лечения - за решётку!" - *"Помочь людям хорошо питаться, жить здоровыми"* - *"Сейчас пойду провериться"* - *"Профилактические прививки в школах и трудовых коллективах"* - *"Ввёл бы ежегодный профосмотр"* (Только 13 респондентов (32,5%) не ответили на вопрос, либо написали: "Не знаю", что говорит о достаточном уровне социальной активности респондентов.)

Возраст респондентов в случайной выборке: 20-29 лет 11 человек, 30-39 лет 13 человек, 40-49 лет 10 человек, 50-59 лет 4 человека, 60-65 лет 2 человека. Мужчин - 16, женщин 24, из них 19 респондентов выбрали анкету на латышском языке, 21 - на русском. 39 респондентов выразили в разной степени эмпатичное отношение к ко-инфицированным ВИЧ/ТБ (2 из них предложили держать таких людей в больнице) и 1 респондент остался равнодушным.

В целом общество никак не реагирует на сообщения об уровне ко-инфицирования ВИЧ/ТБ, видимо, из-за редкости публикаций, специфики подачи статистических данных (основной упор делается на ежегодные данные вновь заболевших). Если бы средства массовой информации подчеркивали, каждый раз сообщая новые статистические данные об инфицировании ВИЧ, что 10% ВИЧ инфицированных инфицировались и ТБ, а в Риге каждый 9-й инфицированный ВИЧ инфицировался ТБ, или же, что смертность среди пациентов ВИЧ/ТБ в 6 раз выше, чем просто ТБ больных, возможно, реакция была бы.

Гораздо больше общество интересуют трагические истории, связанные с ТБ. Например, в 2010 году от туберкулёза умер 11-месячный младенец. Его не могли спасти, ибо он не был привит БЦЖ при рождении. Прививки - добровольное дело родителей, несмотря на то, что существует календарь обязательной вакцинации детей. Оказалось, что в Латвии на сегодняшний день 62 пары родителей, которые отказались прививать своих младенцев от чего-либо. Обсуждается вопрос о введении принудительной вакцинации всех новорожденных. В Латвии усиливаются тенденции "диссидентства" в отношении прививок, однако, "диссиденты" не имеют широких возможностей для выражения своей позиции. Информационных каналов, пропагандирующих необходимость прививок, гораздо больше. Несколько лет назад один районный фтизиатр опубликовал списки уклоняющихся от лечения ТБ. До сих пор среди врачей нет единого мнения о закономерности такого шага. Опрошенные эксперты так же выразили разное мнение. Общественность поступок врача поддержала полностью.

Фактов дискриминации ТБ больных нет. Общество расценивает больных ТБ как обычных пациентов: "Все мы чем-то болеем," - одна из записей в анкете. Некоторое время назад больных ТБ ПИН, нарушивших режим стационара, принудительно перевозили в отделения для ТБ больных в психо-неврологической больнице в г. Стренчи, на что поступали жалобы пациентов, в результате которых их немедленно отвозили назад в простой стационар. С 2009 года, по информации экспертов, эта практика прекращена - больные активным туберкулёзом ПИН переводятся в специальную больницу "Цеплиши" (охраняемый стационар), остальные - выписываются из стационара. По информации экспертов в данный момент в стационарах нет ПИН, которые получают опиоидную фармакотерапию метадоном, однако, в случае необходимости, проблем с выдачей метадона в стационарах быть не должно,- заверили эксперты.

В Рижском амбулаторном отделении Клиники туберкулёза и лёгочных болезней Латвийского Центра инфектологии долго искали в компьютере жалобы пациентов на фтизиатров или уровень обслуживания,- жалобы чрезвычайно редки, последняя зафиксирована в 2005 году. Как опрошенные эксперты, так и сами ТБ и ВИЧ/ТБ пациенты отмечают человечность и чуткость медицинского персонала и фтизиатров.

Тревожным моментом в формировании общественного мнения в отношении к уязвимым группам, к инфицированным ВИЧ, надо признать совершенно различные, несоприкасающиеся информационные поля: русскоязычное и латышскоязычное. Это доказывают и многочисленные исследования информационных потоков. Латышские СМИ (интернет в том числе) преподносят информацию гораздо более объективнее, чем русские. Русские СМИ грешат тенденциозностью, неправильным изложением фактов (во причине

невнимательности к фактам или халатной работе переводчиков), стигматизирующей лексикой. **Люди, использующие латышский язык, либо двуязычные, получают более объективную и беспристрастную информацию,- этот вывод доказывает так же и анализ анкет данной экспресс-оценки, заполненных на латышском и русском языках.**

3.5 Поведенческий уровень

Исследования в области поведения среди ПИН в Латвии проводились регулярно в последние 10 лет. Результаты последнего масштабного исследования в трех странах Балтии "Уровень распространения ВИЧ и других инфекционных заболеваний и рискованное поведение среди потребителей инъекционных наркотиков в Латвии, Литве и Эстонии в 2007 году" опубликованы в виде подробного отчёта в 2009 году и отчёт на русском языке (что случается очень редко. NB! перевод на русский язык пестрит неточностями и грубыми ошибками! и является своеобразным доказательством сделанного выше вывода об информационном поле) доступен на ссылке <http://www.lic.gov.lv/docs/268/HIV/petijumi-03.pdf> Однако, оперировать данными этого отчёта в 2010 году уже некорректно из-за резкого ухудшения экономической ситуации (например, уровень безработицы в 2007 году оценивался в 4,6%, а сезонный уровень безработицы зимой 2009/2010 года по данным Статистического бюро Евросоюза "Eurostat" - в 22,8%. Комментарии к статистике, опубликованные 10 марта 2010 года, свидетельствуют, что в Латвии один из самых низких уровней жизни среди стран ЕС, плохая доступность населения к медицинским услугам и образованию, резко ухудшилась общественная безопасность, снизились социальные гарантии, увеличилась преступность.) В свою очередь, во время аналогичной экономической ситуации в середине 90-х годов такие исследования ещё не проводились.

Неправительственные организации, работающие с особо уязвимыми к ВИЧ и ТБ группами населения (такими как ПИН, КСР, отбывшие наказание в МЛС) отмечают резкое падение интереса к программам ресоциализации, возрастающее безразличие к собственному и общественному здоровью, отмечая одновременно рост чисто потребительских настроений. "Мне положено!", "Вы обязаны мне дать!", "Вы на нас зарабатываете себе деньги!" - такие заявления, при полном нежелании приложить конструктивные усилия для улучшения своей ситуации и образа жизни, теперь уже не редкость, а скорее - норма поведения. На фоне резкого снижения финансирования на реабилитацию зависимых от алкоголя и наркотиков (с одновременным повышением взносов пациента), на наркологию в целом, эффективность реабилитации, каковая и ранее была низкой, фактически сведена к нулю, а средняя длительность фазы ремиссии сокращается.

По мнению опрошенных экспертов, в доступности лечения туберкулёза для различных групп населения никаких проблем нет. Все пациенты одинаковы. Было бы желание самих пациентов заботиться о своём здоровье и своевременно обращаться к врачам, проходить проходить оплачиваемый государством один раз в год профилактический осмотр у семейного врача, а также стремиться быть достаточно информированными о рисках заболеваемости. При этом все эксперты указали на недостаточную заинтересованность семейных врачей в профилактике туберкулёза и ВИЧ. Так же эксперты видят проблемы с практиками семейных врачей в своевременном распознавании возможного инфицирования туберкулёзом, не говоря уже о ВИЧ инфекции.

В 2009 году проводился устный опрос клиентов Рижской программы снижения вреда, есть ли у них семейный врач? Это было связано с тем, что государство постепенно берёт курс на передачу рутинного ведения ВИЧ-инфекции семейным врачам (есть даже план усиления материальной заинтересованности семейных врачей - на треть увеличивать финансирование их практик за ведение 10 ВИЧ инфицированных пациентов). Из 60 опрошенных клиентов группы ПИН регистрация у семейного врача была только у 16 клиентов (26,7%), причём у инфицированных ВИЧ из этой когорты- 35 клиентов,- семейные врачи были только у 4 (11,4%). ВИЧ-инфицированные объясняли это фактической ненужностью для них семейного врача, ибо их вполне устраивает чуткость/отзывчивость наблюдающих их инфекционистов. Аргументы, что инфекционист не имеет права выписывать

компенсируемые медикаменты (кроме противовирусных при ВИЧ и гепатитах В и С) и вовсе не обязан лечить пациенту, например, бронхит или ангину, на ПИН не действует. Надо заметить, что с начала эпидемии ВИЧ-инфекции и до 2007 года инфицированным ВИЧ предоставлялся полный комплекс медицинского обслуживания Латвийским Центром инфектологии (за исключением выписки компенсируемых медикаментов), в том числе и услуги общего здравоохранения, и семейные врачи ВИЧ-инфицированным без параллельных хронических заболеваний действительно были не нужны. Однако, ситуация кардинально изменилась, а инерционное отношение к ситуации всё ещё действует.

В рамках данной экспресс-оценки проведено анкетирование клиентов программ снижения вреда и клиники туберкулёза (амбулаторно лечащихся) с целью исследовать уровень информированности и доступа к лечению туберкулёза. **В анкетировании приняли участие: болевших туберкулёзом - 16 человек, не болевших туберкулёзом - 26 человек.**

Из болевших туберкулёзом, 12 человек (75%) отметили, что они инфицированы ВИЧ, 9 - употребляют наркотики (56,2%), 2 - не употребляют (не ответили на вопрос - 5). 10 респондентов ходят на проверки в туберкулёзную клинику (62,5%). 15 респондентов знают, что они имеют право на бесплатные приём у фтизиатра, рентген и анализ мокроты, только для одного это было новостью. Те же 15 респондентов свободно делятся своим опытом болезни с друзьями/знакомыми/ родственниками, а один - недоумевает зачем это делать. Доступностью лечения довольны только 7 респондентов (43,8%) из этой группы. Основные причины недовольства - удалённость сервисов от места жительства и хроническая нехватка денег для оплаты проезда.

Не болевшим туберкулёзом предлагался расширенный блок вопросов. 10 респондентов этой группы отметили, что они инфицированы ВИЧ (38,5%), остальные уверены, что у них инфекции ВИЧ нет, 21 респондент (80,8%) - потребитель наркотиков. 8 респондентов расценили свой риск заразиться туберкулёзом как высокий (30,8%, а из тех, кто отметил, что у них есть ВИЧ - 5 респондентов, т.е. 50%), как низкий риск/"как у всех" - 5 респондентов (все - инфицированные ВИЧ), остальные 13 респондентов (50%) не знают или не заботятся о риске. Информированность о путях передачи ТБ близка к результатам анализа анкет "общей популяции": 19 респондентов (73%) отметили воздушно-капельный путь, 11 (42,3%) - легендарную "сырость в помещении", 4 - общую посуду, 8 - общественный транспорт, 22 респондента отметили и ряд других предложенных вариантов. Только 8 респондентов знают, что у инфицированных ВИЧ риск заразиться ТБ высокий (из них 5 - сами инфицированные ВИЧ). Вывод: **в большинстве и эта группа правильно оценивает риск заразиться ТБ, респонденты достаточно предусмотрительны (значительно гипертрофированно) в отношении себя от инфицирования, однако, плохо осознаёт, что ТБ является ведущим сопутствующим ВИЧ инфекции заболеванием.** Свободно обсуждают вопросы с друзьями/ знакомыми/ родственниками: ВИЧ - 16 респондентов, ТБ - 8, гепатиты - 17, не обсуждают ни одну тему - 9. Ответы по доступности проверки на ТБ можно сгруппировать в 3 группы: провериться просто - 11 респондентов (42,3%), сложно - тоже 11 (из них 2 сказали, что это дорого, 3 - что далеко ехать), нет мнения у 4 респондентов. Как необходимые условия для проверки на ТБ респонденты расценили: удобное время приёма - 5, близость к дому - 7, покрытие транспортных расходов - 3, **организовать проверки на ТБ при пунктах обмена шприцев - 12 (46,2%)**, 8 респондентов полностью довольны существующими условиями.

Вопросы доступности лечения обсуждались с частью анкетированных клиентов в фокус-группах. Много новой информации к анкетированию это не добавило. Необходимость уплаты пациентских взносов в размере 1 лата за посещение семейного врача или 5 латов при посещении фтизиатра без направления семейного врача расценивается, как существенное препятствие. Инфицированным ВИЧ легче - при малейшем подозрении на туберкулёз инфекционисты назначают все проверки на месте в Латвийском Центре инфектологии полностью бесплатно. Дороговизна общественного транспорта также является препятствием для пациентов, которые не имеют инвалидности (впрочем, ПИН признаются, что либо используют сворованные и подделанные удостоверения инвалидов, либо ездят бесплатно).

Пациенты признают собственный недостаток - недостаточное терпение в лечении: *"Лечение - это терпеть и слушаться врача. Нуждаюсь в группе поддержки."* Ребята просят о возможности проверки на туберкулёз в программах снижения вреда и в мобильных пунктах обмена шприцев. *"Обеспечить доступность проверок, не вырывая нас из своей среды, и информацию о туберкулёзе в средствах массовой информации - уж газету "5 минут" мы точно читаем и в интернете лазаем."* *"Нас надо учить чаще мыть руки и понимать, что ешь."* *"Приходилось далеко ездить за таблетками из села: 18 км автобусом и 4 км пешком до автобуса. Не понимаю, почему таблетки не могли доставлять местному фельдшеру?"* *"Не понимаю, почему я должен был ездить отдельно на метадон, потом возвращаться в центр города и снова ехать уже за своими таблетками?"* Прозвучало и радикальное предложение по профилактике ТБ: *"Загонять всех коней проверяться!"* По профилактике ВИЧ: *"Это хорошо, что можно поменять шприцы там же, где получаешь таблетки, но всё-таки как-то неудобно это там делать - ведь, наверное, врачу тогда докладывают, что я продолжаю употреблять?"*

Общие выводы: ТБ терапия могла бы доставляться в сельские амбулатории и фельдшерские пункты самоуправлений. Необходимо расширение практики доставки препаратов ТБ на дом. Пациентам, состоящим на фармакотерапии опиоидной зависимости, необходимо обеспечить обе терапии в одном месте, при этом неважно где - либо на сайте метадона, либо на сайте СКАУТ. Пациентам необходимы группы поддержки на постоянной основе. Дополнительным стимулом приверженности лечению могло бы быть возобновление бесплатного кормления на сайте СКАУТ для пациентов на ТБ терапии, как уже возобновлена хотя бы частичная компенсация транспортных расходов. Необходимо сильное влияние на политику в области охраны здоровья, как со стороны специалистов, так и со стороны неправительственных организаций.

Одна из намечавшихся рекомендаций по выводам из интервью с экспертами уже выполняется: Рижское амбулаторное отделение Клиники туберкулёза и лёгочных болезней Латвийского Центра инфектологии физически разыскивает пациентов, по каким-либо причинам уклоняющихся от лечения. Точно так же Латвийский Центр инфектологии стал разыскивать пациентов, которые пропускают сроки приходя за рецептами на АРВ терапию, не снимая их немедленно с лечения, как это было раньше.

<Разделы 4, 5, подпункт 6.1 не подлежат публикации>

6.2 Какие направления кажутся эффективными для дальнейших исследований

В Латвии совершенно необходимо провести оценку экономической эффективности лечения ВИЧ и туберкулёза. Это должно быть полноценное репрезентативное исследование. В данный момент просто не на что опираться, нет никаких, даже элементарных, оценок экономической эффективности лечения, а так же - программ снижения вреда. Поэтому очень трудно разговаривать с государством, не имея таких цифр - государство видит только затраты, но не видит экономических выгод, оцененных цифрами.

6.3 Необходимые мероприятия, вытекающие из данного отчёта,- рекомендации

1. Принятие национальной программы по ограничению распространения туберкулёза с актуализацией (персмотром) стратегии профилактики, диагностики и терапии туберкулёза среди ВИЧ/СПИД пациентов;
2. Создание специального национального методически-контрольного отдела (не более 3 человек на базе Латвийского Центра инфектологии) по надзору за осуществлением деятельности по противодействию туберкулёзу в стране;
3. Дальнейшее совершенствование СКАУТ (DOTS) и улучшение доступности системы для больных в масштабах страны;
4. Расширение возможностей государственных противотуберкулёзных программ по диагностике туберкулёза и наблюдению за больными;
5. Повышение выявляемости туберкулёза за счёт социальных реклам и пропаганды обращения в противотуберкулёзные службы;
6. Разработка методов, позволяющих улучшить соблюдение больными врачебных

предписаний;

7. Обеспечение постоянной работы групп поддержки туберкулёзным больным;
8. Усиление общественной поддержки противотуберкулёзных мероприятий путём интенсивной разъяснительной работы среди населения;
9. Охват противотуберкулёзными мероприятиями труднодоступных групп населения (заключённые/осуждённые; потребители инъекционных наркотиков; женщины, предоставляющие сексуальные услуги на улице; мигранты, в том числе - внутренние мигранты из социально-экономически депрессивных регионов страны);
10. Интеграция мероприятий по профилактике туберкулёза и тестирования на туберкулёз в существующие мобильные пункты профилактики и тестирования на ВИЧ;
11. Совершенствование и поддержка эпидемиологического надзора для выявления активного туберкулёза и лекарственной устойчивости;
12. Введение должностей специальных работников по борьбе с ВИЧ-инфекцией на базе противотуберкулёзных служб;
13. Внедрение добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ в работу противотуберкулёзных служб;
14. Помощь противотуберкулёзным программам в подготовке специалистов по ВИЧ-инфекции и разработке рекомендаций по ведению ВИЧ-инфицированных больных туберкулёзом;
15. Проведение противотуберкулёзных мероприятий на базе служб по борьбе с ВИЧ-инфекцией, а так же на базе неправительственных ВИЧ/СПИД организаций;
16. Обучение сотрудников служб по борьбе с ВИЧ-инфекцией и работников неправительственных организаций работе с больными туберкулёзом;
17. Вовлечение в противотуберкулёзные мероприятия местных групп поддержки ВИЧ-инфицированных;
18. Специализированная первичная профилактика туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных;
19. Координация деятельности противотуберкулёзных программ и программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Председатель правления Общества
Объединение HIV.LV

А. Молоковскис

05 мая 2010 года