

Т. А. Александріна, С. О. Черенько
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДОБРОВОЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ
У ВИЯВЛЕННІ ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

*Міністерство охорони здоров'я України
Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України*

До теперішнього часу зусилля ВООЗ, спрямовані на проведення контролю за туберкульозом серед ВІЛ-інфікованих, зосереджувалися в основному на впровадженні ДОТС-стратегії, тобто на пасивному виявленні і лікуванні випадків туберкульозу [14, 15]. Насьогодні поширена нова стратегія ВООЗ, що заснована на співпраці в рамках національних програм із ВІЛ/СНІДу для зниження тягаря ТБ/ВІЛ у Європі. Ця стратегія спрямована на контроль за туберкульозом у популяціях з високим рівнем розповсюдження ВІЛ та передбачає активне виявлення випадків туберкульозу, лікування і хіміопрофілактику, а також втручання проти ВІЛ, які впливають на поширення туберкульозу [16, 19, 25].

В популяціях із високим розповсюдженням ВІЛ-інфекції туберкульоз є основною причиною смертності, а ВІЛ — рухомою силою епідемії туберкульозу в багатьох країнах світу [3, 18, 23]. Взаємозв'язок між туберкульозом і ВІЛ впливає на підхід до контролю за туберкульозом серед ВІЛ-інфікованих, який полягає, перш за все, в організації якомога раннього виявлення туберкульозу.

Однак, не зважаючи на зусилля, спрямовані на виявлення туберкульозу, у значної кількості хворих на СНІД діагноз туберкульозу встановлюється лише при розтині, а в 25 % випадків розтин не проводиться. Особливо це стосується позалегенового туберкульозу, який в 93,4 % випадків виявляють на розтині [10].

Недовиявлення та труднощі ранньої діагностики туберкульозу у хворих на СНІД пов'язані, в першу чергу, з ідентичною клінічною симптоматикою двох захворювань та клінічними особливостями туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції, який у 50–70 % випадків має позалегенову локалізацію і приєднується до СНІДу частіше при зниженні рівня CD4 клітин понад 200 [7, 9, 10, 13, 18, 24].

За думкою деяких авторів труднощі діагностики туберкульозу у ВІЛ — інфікованих пов'язані з переважною відсутністю мікобактерій туберкульозу в мокротинні та іншому матеріалі та з пригніченням реактивності організму і, як наслідок цього, відсутністю характерною для туберкульозу гранульоми [2, 5, 8].

З позалегенових форм туберкульозу, незалежно від стадії ВІЛ-інфекції, виявляють патологію лімфатичних вузлів — близько 30–60 % від усіх хворих [8, 13]. Наступними за частотою спостерігаються ураження нирок, мозкових оболонок, кишківника, селезінки, печінки, підшлункової залози, мезентеріальних лімфовузлів, перикарду, очей [11, 17].

Туберкульоз кістково-суглобової системи приєднується пізніше або зовсім не встигає розвинути з причини швидкого розвитку прогресуючої ВІЛ-інфекції [8, 10, 13].

Питання організації виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції серед населення України передбачено існуючими нормативними документами Міністерства охорони здо-

ров'я, однак організація виявлення туберкульозу серед ВІЛ-позитивного контингенту населення не відрізняється від виявлення туберкульозу серед загальної популяції населення. Враховуючи високу розповсюдженість позалегенових форм туберкульозу у ВІЛ-позитивних хворих, система виявлення туберкульозу, яка розроблена для загальної популяції населення, не може бути цілком застосованою серед цього контингенту. Необхідні додаткові методи виявлення туберкульозу серед ВІЛ-позитивної популяції населення, які полягають у біопсії збільшених лімфатичних вузлів, туберкулінодіагностиці, комп'ютерній томографії органів грудної та черевної порожнини у хворих із лихоманкою неясного генезу [1].

Європейська базова стратегія зниження тягаря ТБ/ВІЛ включає проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ (ДКТ) [23]. Цей захід включає передтестове та післятестове консультування.

Метою передтестового консультування є встановлення довірливого психологічного контакту з пацієнтом і, за умови віднесення тестованої особи до групи з ризикованою щодо ВІЛ поведінкою, психологічна підготовка людини до можливого позитивного результату, переконання пацієнта у необхідності приділення свого ВІЛ-статусу та отримання поінформованої згоди його на проведення маніпуляції.

Метою післятестового консультування у разі позитивного результату є надання психологічної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення, визначення стратегії подальшого життя в умовах існування з ВІЛ-інфекцією, зниження рівня стигматизації та виховання навичок, спрямованих на прихильність пацієнта до лікування.

За нашою думкою, процедура передтестового консультування здатна позитивно вплинути на виявлення ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, оскільки загальновідомо, що пацієнти з факторами ризику ВІЛ-інфекції уникають її тестування. Небажання пацієнтів з факторами ризику ВІЛ (ін'єкційних наркоманів, гомосексуалістів та осіб, які мають сумнівні сексуальні зв'язки) знати свій ВІЛ статус обумовлено страхом людини перед СНІДом, а хворих на туберкульоз — невиправданою опаскою бути виписаним з протитуберкульозної установи у разі позитивного результату.

Процедура післятестового консультування забезпечує ВІЛ-позитивних осіб необхідним знанням про опортуністичні захворювання, з яких найпоширенішим є туберкульоз, та спрямовує пацієнтів до регулярного рентгенологічного обстеження та звернення у відповідні медичні установи у разі появи симптомів, підозрілих на туберкульоз.

Метою даного дослідження було встановлення ефективності добровільного консультування та тестування у виявленні ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу.

Об'єкт і методи дослідження

Для визначення реальної ситуації в Україні щодо організації виявлення хворих на ВІЛ-асоційований тубер-

кульоз протягом 2003 року вивчали стан обстеження на ВІЛ серед контингенту хворих на активний туберкульоз (ТБ), які лікувались у протитуберкульозних закладах, а також обстеження на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих, які знаходяться під наглядом центрів профілактики і боротьби зі СНІДом (центр СНІДу) і протягом року звертались до них.

Вивчення ситуації проводилось за даними оперативної інформації, отриманої від управлінь охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій та проведеного опитування фахівців обох служб.

Основним методом виявлення ТБ, як методу ранньої діагностики серед ВІЛ-інфікованих було визнано профілактичне рентгенофлюорографічне обстеження органів грудної клітини 1 раз на рік у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які протягом року звертались до центрів СНІДу, а, при наявності тривалого кашлю, дослідження мокротиння. При наявності інших скарг, тривалої лихоманки або виявленні будь-якої рентгенологічної патології проводилось поглиблене рентгенологічне обстеження (комп'ютерна томографія органів грудної клітини та черевної порожнини), біопсія збільшених периферичних лімфатичних вузлів, туберкулінодіагностика і дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. У випадку наявності ТБ таких хворих реєстрували в обох лікувальних закладах і заносили у базу даних центрів СНІДу.

Основним скринінговим методом діагностики ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз визнано тестування на ВІЛ, засноване на виявленні антитіл до вірусу за допомогою імуноферментного аналізу.

Проведення зазначеного тестування здійснювалось по різному — з передтестовим та післятестовим консультуванням та без нього.

Дослідження ефективності добровільного консультування та тестування вивчали в основній та контрольній групах регіонів України з високим рівнем захворюваності як на ВІЛ/СНІД, так і на туберкульоз.

Регіони України, в яких проводилось добровільне консультування та тестування, віднесені до основних, а в яких ця методика не впроваджена — до контрольних.

До основної групи ввійшли Донецька область та м. Київ, в яких налагоджена співпраця між протитуберкульозними закладами (далі ПТЗ) та центрами СНІДу, в тому числі й спільна робота з організації виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих та скринінг на ВІЛ серед контингенту хворих ТБ шляхом запровадження методики тестування ВІЛ на добровільній основі після проведеної відповідної консультації.

Враховуючи те, що запровадження зазначеної методики було розпочато з 2002 року, а до цього часу хворі на туберкульоз проходили тестування на наявність антитіл

без інформованої згоди та проведення передтестового консультування, наше дослідження проводилося лише за результатами 2003 року.

До контрольної групи віднесені Дніпропетровська та Одеська області, в яких виявлення ВІЛ-інфекції у хворих на ТБ здійснювалось без урахування методики ДКТ, але протитуберкульозною службою Одеської області були розроблені та здійснені заходи щодо покращання організації скринінгу на ВІЛ серед хворих на ТБ.

В контрольній групі регіонів була відсутня узгоджена діяльність між двома службами — протитуберкульозною та центрами СНІДу з організації зазначеного питання.

Результати обстеження вимірювались у відсотках та інтенсивних показниках. Оцінку вірогідності відмінностей визначали за параметричними методами варіаційної статистики із застосуванням t-критерію Стюдента-Фішера [6].

Результати та їх обговорення

Динаміка захворюваності на ВІЛ-асоційований туберкульоз протягом останніх 6 років наведена в табл. 1.

Проаналізувавши загальний рівень захворюваності на ВІЛ-асоційований туберкульоз в Україні та регіонах, що підлягали дослідженню, можна звернути увагу на прогресуюче його зростання. Однією з причин такої несприятливої динаміки є усвідомлення значення поєднаної патології в епідемічній ситуації із соціально небезпечних хвороб в Україні та привернення уваги з боку фахівців протитуберкульозних закладів, центрів СНІДу та інших закладів охорони здоров'я до організації виявлення як ВІЛ-інфекції, так й туберкульозу.

Як відомо, ВІЛ-асоційований туберкульоз може поєднуватися у двох варіантах: по-перше, коли ВІЛ-інфекція виявляється у хворих на туберкульоз і по-друге, коли туберкульоз виявляється у ВІЛ-інфікованих.

Результати виявлення ВІЛ-інфекції серед контингенту хворих на туберкульоз та туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих протягом 2003 року наведені в табл. 2 і 3.

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз в Україні

Регіони	Захворюваність на 100 тис. населення					
	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Донецька	7,7	7,5	7,1	4,8	1,8	1,6
Дніпропетровська	1,5	4,4	4,5	4,2	2,4	2,2
Одеська	4,27	4,2	2,4	2,5	0,2	0
м. Київ	2,0	0,6	1,07	0,5	0,03	0
Україна	1,98	0,85	0,61	0,44	0,22	*

Таблиця 2

Виявлення ВІЛ-інфекції серед контингенту хворих на туберкульоз у 2003 р.

Регіони, області	Кількість хворих на ТБ, обстежених на ВІЛ	Кількість випадків ВІЛ серед хворих на ТБ		Кількість вперше діагнованих хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований ТБ	Питома вага ВІЛ/СНІД-асоційованого ТБ, виявленого на фоні ТБ (%)
		абс.	%		
Київ	574	36	6,3	54	66,7
Донецька	3724	175	4,7	413	42,1
Дніпропетровська	5012	16	0,31	53	49,1
Одеська	3552	59	1,71	104	56,7

Таблиця 3

Виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у 2003 р.

Регіони	Кількість ВІЛ-інфікованих, обстежених на ТБ у центрах СНІДу	Кількість випадків ТБ, виявлених у ВІЛ-інфікованих	
		абс.	%
Київ	978	16	1,6
Донецька	7890	148	1,87
Дніпропетровська	2108	2	0,09
Одеська	0	0	0

За даними Інформаційного бюлетеня "ВІЛ-інфекція в Україні" № 23 та за даними звітної форми "СНІД № 2" відомо, що серед 2 465 073 обстежених осіб загальної популяції населення України виявлено 18 539 ВІЛ-позитивних, що становить 0,75 %.

Як свідчать дані таблиці 2, показник виявлення ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз в м. Києві та Донецькій області, де запроваджено методику перед- та післятестового консультування, вірогідно вищий ($p < 0,05$), ніж серед загальної популяції населення — 6,3 % та 4,7 % проти 0,75 %. В Одеській області, яка відноситься до неблагополучного в плані епідситуації з ВІЛ/СНІДу регіону, виявлення ВІЛ серед хворих на ТБ лише в 2 рази перевищує таку в загальній популяції, а в Дніпропетровській області показник виявлення ВІЛ у хворих на ТБ був у понад два рази менший, ніж серед загальної популяції населення. У зазначених регіонах перед- та післятестове консультування хворих на туберкульоз не застосовувалось зовсім. Це вірогідно підтверджує не ефективність заходів щодо виявлення ВІЛ-інфекції серед контингенту хворих на ТБ у контрольних регіонах, незважаючи на досить високий рівень захворюваності на туберкульоз та ВІЛ/СНІД в цих областях.

Незважаючи на велику кількість обстежених хворих на ТБ на наявність ВІЛ-інфекції в Дніпропетровській та Одеській областях — відповідно 5012 та 3552, відсоток її виявлення вірогідно нижчий, ніж у Києві та Донецькій області, де обстежено 574 та 3724 хворих, — відповідно 6,3 % та 4,7 % проти 0,31 % та 1,71 % ($p < 0,05$).

Така ситуація обумовлена тим, що в контрольних регіонах не проводилось передтестове консультування хворих на ТБ на необхідність обстеження на ВІЛ. Це призвело до того, що пацієнти з факторами ризику ВІЛ, насамперед ін'єкційні наркомани, уникали обстеження, а тестування проводили у цілком благополучного у відношенні ВІЛ-інфекції контингенту хворих на туберкульоз.

Про це свідчить аналіз динаміки виявлення ВІЛ у хворих на ТБ в Донецькій області у 2002-2003 роках. У 2002 році, коли не проводилось передтестове консультування, серед 1274 хворих на ТБ у 24 (1,88 %) осіб виявлена ВІЛ-інфекція, що вірогідно нижче, ніж у 2003 р., коли впроваджено ДКТ, — 4,7 % ($p < 0,05$).

Результати опитування керівників протитуберкульозних закладів щодо проблем, пов'язаних з тестуванням на ВІЛ у хворих на ТБ, виявили наступні причини: відмова хворого від тестування, відсутність можливості обстеження хворих в умовах диспансерних відділень та кабінетів невеликих міст та районів, ускладнення у транспортуванні зразків крові з периферійних протитубер-

кульозних закладів до лабораторій з діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу, відсутність можливості дослідження рівня клітин CD-4, CD-8 і вірусного навантаження, що на сьогоднішній день унеможлиблює в Україні диференційований розподіл хворих на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією чи СНІДом. Причому така причина, як відмова хворого від тестування, переважала у контрольних регіонах — 30–40 % в той час, як в основних, де проводилось передтестове консультування, вона становила лише 7–12 %.

Проаналізувавши стан організації виявлення ВІЛ-інфекції серед хворих на ТБ, можна зауважити, що запровадження методики перед- та післятестового консультування хворих на ТБ у м. Києві та Донецькій області сприяло покращенню виявлення ВІЛ-інфекції серед хворих на ТБ.

Продовження існуючої у деяких закладах тактики тестування без отримання згоди пацієнта і проведення консультування може призвести до нанесення йому психологічної травми, збільшення рівня стигматизації та втрати довіри до медичних працівників.

Обговорюючи питання щодо результатів виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих, наданих у табл.3, слід звернутися до звітної форми № 20 "Звіт лікувально-профілактичного закладу" та форми 33-здоров "Звіт про хворих на туберкульоз", згідно з якими у 2003 році обстежено за методом профілактичної флюорографії 20 488 065 населення, при профоглядах виявлено 17 142 випадки ТБ, показник виявляємості ТБ серед загальної популяції населення України при профілактичних оглядах становив 0,08 %.

Результати виявляємості ТБ методом рентгенофлюорографії серед ВІЛ-інфікованих за направленням лікарями центрів СНІДу основних регіонів — м. Києва та Донецької обл., підтверджують наявність ризику захворювання на ТБ серед ВІЛ-інфікованих та доцільність їх обстеження за вказаним методом, тому що показник виявляємості в цих регіонах становить відповідно 1,60 % та 1,87 % і вірогідно відрізняється від такого показника серед загальної популяції населення ($p < 0,05$).

Результати виявляємості ТБ у контрольних регіонах, де лікарями центрів СНІДу не призначається обстеження ВІЛ-інфікованих з профілактичною метою на ТБ і не проводиться передтестове консультування, яким зазначеній категорії ВІЛ-інфікованих повідомляється про вагомий вплив ТБ на перебіг ВІЛ-інфекції, показник виявляємості дорівнює нулю або коливається від 0 до 0,09 % проти 1,6 % та 1,87 % в основних регіонах, що свідчать про відсутність належної організації своєчасного виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих у центрах СНІДу ($p < 0,05$).

В Дніпропетровській області, незважаючи на велику кількість обстежених флюорографічно ВІЛ-інфікованих осіб, виявлення ТБ дуже невелике. Таке становище можна пояснити тим, що за відсутності добровільного консультування та тестування на рентгенологічне обстеження попадають вибірково контингенти ВІЛ-інфікованих, які регулярно обстежуються. Ті пацієнти, які ніколи рентгенологічно не обстежувались, продовжують уникати цього дослідження.

Хоча ДКТ дозволило покращити виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, однак його рівень недостатній через те, що воно здійснюється шляхом флюорографії органів грудної клітки.

Крім відсутності добровільного консультування і тестування, до найвагоміших проблем пов'язаних з виявлен-

ням туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих у центрах СНІДу, можна віднести відсутність настороги лікарів на наявність у цих пацієнтів поєднаної туберкульозної патології, відсутність методики і порядку диспансерного спостереження ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, віддаленість деяких центрів СНІДу від діагностичних (рентгенологічних, лабораторних) відділень загальнолікарняної мережі або протитуберкульозної служби, відсутність можливості провести біопсію, мікробіологічне, гістологічне дослідження патологічного матеріалу, ультразвукову та комп'ютерну діагностику.

За даними клініки інфекційних захворювань з блоком СНІДу Інституту епідеміології та інфекційних захворювань АМН України понад 50 % випадків туберкульозу периферичних і мезентеріальних лімфатичних вузлів у хворих, померлих від СНІДу, підтверджується за результатами розтину та послідуного гістологічного дослідження, що відповідає літературним даним [10]. Несвоєчасна діагностика саме цієї патології на ранній стадії туберкульозного процесу у ВІЛ-інфікованих, коли ще немає рентгенологічних ознак ураження легенів, призводить до розвитку генералізованого туберкульозу і прогресуючого СНІДу.

Висновки

1. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ дозволяє суттєво покращити виявлення ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

2. Передтестове консультування хворих на туберкульоз дозволяє значно зменшити кількість відмов пацієнтів від тестування на ВІЛ.

3. Система виявлення туберкульозу, яка розроблена для загальної популяції населення, не може бути цілком застосованою у ВІЛ-позитивних осіб. Виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих необхідно здійснювати не лише методом мікроскопічної діагностики та рентгенофлюорографії, а також за допомогою додаткових методів, таких як біопсія збільшених лімфатичних вузлів, ультразвукової діагностики, комп'ютерної томографії органів грудної і черевної порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Александріна Т. А.* Епідемічна ситуація в Україні щодо туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та СНІДом // Укр. хіміотерапев. журн. — 2003. — № 3 — 4. — С. 11–15.
2. *Алексеева Л. П., Горбачёва Э.С., Груздев Б.М.* Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Пробл. туб. — 1996. — № 2. — С. 16–17.
3. *Базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ // ВОЗ: Женева, 2003. — С. 3–7.*
4. *ВІЛ-інфекція в Україні // Інф. Бюл. — 2004. — № 23.*
5. *Косинова О., Гражданов Н.* Современные аспекты взаимодействия ВИЧ-инфекции и туберкулёза // Мат. регион. конф.. — Литва, 2002. — С. 18–19.
6. *Лапач С. М., Чубенко А. В., Бабич П. М.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Морион: Киев, 2000. — 320 с.
7. *Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г.* ВИЧ-инфекция: клиническая диагностика и лечение. — Москва: Геотар Медицина, 2000. — 85 с.
8. *Рахманова А. Г.* ВИЧ-инфекция: клиника и лечение. — Санкт-Петербург, 2000. — С. 211–225.

9. *Фролова О. П., Батыров Ф. А.* Противотуберкулезная помощь больным ВИЧ-инфекцией: Пособие для врачей. — Москва, 2002. — 142 с.
10. *Шилова М. В.* Информативность показателей смертности для оценки эпидемиологической ситуации // Мат. науч. практ. конф. "ЭВМ во фтизиопульмонологии". — Москва, 1995. — С. 8.
11. *AIDS epidemic update. — UNAIDS/WHO, december 2003. — P. 3–28.*
12. *A strategic framework to decrease the burden of TB/HIV. — Geneva: WHO, 2002. — P. 7–9, 11–14.*
13. *Cowie R. I., Sharpe J. W.* A high incidence of extra-pulmonary tuberculosis without HIV infection // Thorax. — 1995. — V. 50, suppl. 2. — P. 54.
14. *Dye C., Garnett G. P., Smeaton K.* Prospects for worldwide tuberculosis control under the WHO DOTS strategy // Lancet. — 1998. — V. 352. — P. 1886–1891.
15. *Maher D., Mikulencak M.* What is DOTS? A guide to understanding the WHO recommended tuberculosis control strategy known as DOTS. — WHO: Geneva, 1999. — 54 p.
16. *European framework to decrease the burden of TB/HIV. — WHO Regional Office, may 2003. — 14 p.*
17. *Girardi E., Raviglione M. C., Antonucci G.* Impact of the HIV epidemic on the spread of other diseases: the case of tuberculosis // AIDS. — 2000. — № 14, suppl. 3. — P. 47–56.
18. *Godfrey-Faussett P., Mukadi Y. D., Hargreaves N.* Progress with the ProTEST Initiative: a combined approach to the combined epidemics of TB and HIV // XIII Int. AIDS Conf., Durban, South Africa, 2000. — P. 168.
19. *Guidelines for Implementing Collaborative TB and HIV Programme Activities. — WHO: Geneva, 2003. — 78 p.*
20. *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. — WHO/UNAIDS, 2000. — 18 p.*
21. *Harries A. D., Nyangulu D. S., Hargreaves N. J., Kaluwa O., Salaniponi F. M.* Preventing antiretroviral anarchy in sub-Saharan Africa // Lancet. — 2001. — V. 358. — P. 410–414.
22. *de Colombani P., Banatvala N., Zaleskis R., Maher D.* European framework to decrease the burden of TB/HIV. WHO: Geneva, 2003. — P. 1–8.
23. *Recommendations of the Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities // Weekly epid. record. — 2004. — № 1/2. — P. 8–10.*
24. *The Global Plan to Stop Tuberculosis. — WHO/CDS/STB, 2001. — 53 p.*
25. *World Health Organization. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. — WHO: Geneva, 1999. — 56 p.*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДОБРОВІЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ У ВИЯВЛЕННІ ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Т. А. Александріна, С. О. Черенько

Резюме

Впроваджена в м. Києві та Донецькій області методика добровільного консультування та тестування на ВІЛ хворих, в яких вже встановлений діагноз туберкульозу, дозволила покращити виявлення ВІЛ-інфекції серед зазначеного контингенту хворих, а також виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД шляхом профілактичної рентгенографії органів грудної клітки.

EFFICACY OF HIV TESTING AND COUNSELING IN DETECTION OF HIV/AIDS-ASSOCIATED TUBERCULOSIS

T. A. Aleksandrina, S. O. Cherenko

Summary

HIV testing and counseling, provided in Kiev and Donetsk oblast, helped to improve detection of HIV in tuberculosis patients as well as detection of tuberculosis in HIV/AIDS patients by means of preventive chest X-ray.