

**В. І. Петренко, О. Г. Єщенко, О. В. Стополянський,
О. М. Павленко, О. В. Юрченко, Т. Л. Габорець**
**СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Національна медична академія імені П. Л. Шупика*

Поширення епідемії ВІЛ-інфекції залишається об'єктивною загрозою національного масштабу та продовжує негативно впливати на репродуктивний потенціал населення багатьох країн світу.

За даними ВООЗ та ЮНЕЙДС у 2007 році в світі кількість людей, які живуть із ВІЛ/СНІД становила 33,2 млн. осіб, у тому числі дорослих 30,8 млн. осіб (із них жінок — 15,4 млн.), 2,5 млн. дітей до 15 років. Число нових випадків ВІЛ-інфекції в 2007 році дорівнювало 2,5 млн., (в тому числі дітей — 420 тисяч). Незважаючи на покращання ситуації щодо доступу до антиретровірусної терапії, в багатьох країнах світу у 2007 році пандемія ВІЛ-інфекції виявилась причиною смерті близько 2,1 млн. людей (в тому числі 330 дітей).

Україна за темпами зростання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу посідає одне з провідних місць у Східноєвропейському регіоні. За даними незалежних експертів в Україні інфіковано 1,63 % дорослого населення.

Станом на 01.01.08 офіційно зареєстровано 122 674 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 22 456 випадків захворювання на СНІД [9]. Станом на 01.07.08 цифра офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції досягла 131 730 осіб.

За оціночними даними загальна кількість людей, що живуть із ВІЛ/СНІД в Україні, оцінена майже в 440 тисяч осіб.

Незважаючи на успіхи у вивченні ВІЛ, людству ще не вдалось зупинити розповсюдження ВІЛ-інфекції та пов'язаних із нею захворювань. ВІЛ-інфекція продовжує поширюватись, кожного дня уражуючи більше 14 000 чоловік і спричиняє більше смертей ніж будь-яка інша інфекція.

Серед СНІД-індикаторних захворювань на перше місце виходить ВІЛ-асоційований туберкульоз. Встановлено, що в усіх країнах світу туберкульоз виявляється найчастішою інфекцією, реєстрованою у хворих на СНІД [2].

За оцінкою ВООЗ, на початку ХХІ століття у світі щорічно трапляється близько 9 млн. випадків захворювання на туберкульоз, і майже 10 % із них — у ВІЛ-інфікованих [4].

Частота виявлення туберкульозу серед хворих на СНІД в Європі становить 5–15 %, а в країнах, що розвиваються, — 30–50 %. У світі більше 4 млн. хворих із поєднанням ВІЛ-інфекції і активного туберкульозу.

Туберкульоз та ВІЛ/СНІД є глобальними проблемами охорони здоров'я населення, при цьому вони в значній мірі взаємопов'язані. У популяціях з високим розповсюдженням ВІЛ-інфекції туберкульоз є основною причиною смертності, а ВІЛ — рушійною силою епідемії туберкульозу в багатьох країнах світу [7].

Поєднання ВІЛ-інфекції та туберкульозу пояснює особливості патогенезу захворювань. ВІЛ пригнічує поділ та призводить до загибелі СД-4 лімфоцитів, які саме відповідальні в організмі людини за протитуберкульозний імунітет. Зі зменшенням числа СД-4 лімфоцитів імунна система втрачає можливість локалізувати поширення та попереджати ріст мікобактерій туберкульозу. В свою чергу, транзиторне зниження кількості СД-4 клітин, викликане туберкульозом, збільшує індуковану ВІЛ імуносупресію.

Туберкульоз — це основна інфекція, що вбиває людей, які живуть із ВІЛ/СНІД. За оцінками експертів ООН, щорічно це

смертельне поєднання забирає життя 250 тис. осіб. Останнім часом поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу все частіше зустрічається в країнах Східної Європи, в тому числі і в Україні. За даними ЮНЕЙДС у 2007 році туберкульоз був основною причиною смерті у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а майже третина із 40 млн. ВІЛ-інфікованих, водночас інфіковані збудником туберкульозу.

У випадках поєднання СНІДу та туберкульозу смертність хворих досягає 90 % [1].

Крім того, дедалі більше побоювань виникає у зв'язку з тим, що ВІЛ-інфекція буде сприяти поширенню мультирезистентного туберкульозу, оскільки в Східній Європі такий туберкульоз зустрічається в 10 разів частіше, ніж в Африці. ВІЛ і туберкульоз настільки тісно взаємопов'язані, що їх часто називають епідеміями-двійниками, які стимулюють і посилюють один одного. ВІЛ активізує латентний туберкульоз в організмі людини, при цьому формується локальна форма туберкульозу, людина стає бактеріовиділювачем і може інфікувати інших осіб. Останнім часом з'явилися нові штами мікобактерій туберкульозу з широкою медикаментозною стійкістю, які є виключно небезпечними, оскільки в цьому випадку пацієнти фактично невиліковні за допомогою наявних на даний час антимікобактеріальних препаратів. Поєднання туберкульозу та ВІЛ-інфекції, що визначається як "ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ" — це активний легеневий або позалегеневий туберкульоз, який розвивається у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Зростання кількості випадків захворювання на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих збільшує ризик розповсюдження туберкульозу серед населення в цілому, незалежно від впливу ВІЛ-інфекції. Чим вищий рівень імунodefіциту, при якому у ВІЛ-інфікованих звичайно розвивається туберкульоз, тим вищою є вірогідність летального наслідку.

Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-негативних осіб, які інфіковані МБТ, становить 5–10 % протягом усього життя, тоді як у ВІЛ-позитивних людей він становить 10 % на рік [6].

У ВІЛ-інфікованих реактивація туберкульозу та розвиток вторинного туберкульозу розвивається частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів. Пацієнти з ВІЛ-інфекцією більш сприйнятні до повторного інфікування, особливо при сімейних контактах, у закритих колективах та при ув'язненні. Активний туберкульоз сам призводить до розвитку помірної імуносупресії. При цьому туберкульоз не завжди вказує на виражений ступінь імуносупресії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, тому що може виникати перед інфікуванням ВІЛ або на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції.

Розвиток імуносупресії сприяє прогресуванню інших опортуністичних інфекцій, таких як кандидозний езофагіт, криптококовий менінгіт та, особливо, пневмоцистної пневмонії, які можуть призводити до летальних наслідків.

Туберкульоз може несприятливо впливати на природний перебіг хвороби у хворих на СНІД шляхом стимулювання реплікації ВІЛ безпосередньо МБТ та її клітинними компонентами або опосередковано за рахунок звільнення цитокінів. Ця обставина суттєво скорочує тривалість життя ВІЛ-інфікованих.

Таким чином, туберкульоз безпосередньо та опосередковано має прямий вплив на рівень смертності серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Внаслідок прогресування ВІЛ-інфекції та зниженні рівня СД-4 клітин менше 50–80/мкл знижується здатність імунної системи запобігати реактивації туберкульозу та його дисемінації. Туберкульоз легень є основною клінічною формою

туберкульозу у дорослих, проте його клінічні прояви залежать від рівня імуносупресії.

Тяжкість клінічних проявів туберкульозного процесу обернено пропорційна кількості CD-4 лімфоцитів, циркулюючих у периферичній крові [6].

Клінічна картина випадків туберкульозу на ранній стадії ВІЛ-інфекції подібна до такої у пацієнтів, не інфікованих ВІЛ. На ранній стадії ВІЛ-інфекції (при кількості CD-4 > 350 клітин/мм³) частіше виявляють кислотостійкі бактерії (КСБ) у мазку мокротиння й характерні зміни на рентгенограмі легень. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції (при кількості CD4 < 200 клітин/мм³) клінічна картина нагадує первинний туберкульоз із негативними результатами мазка мокротиння, інфільтративними змінами на рентгенограмі без утворення порожнин. У випадку важкого імунodefіциту зростає частота позалегенових форм туберкульозу, у тому числі міліарного.

Україна віднесена до групи країн із високим рівнем захворюваності на туберкульоз та концентровану епідемію ВІЛ/СНІДу. Погіршенню епідемічної ситуації з туберкульозу значно сприяє епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні. Понад 30 % ВІЛ-інфікованих хворіє на туберкульоз і близько 40 % із них помирає від нього.

У 2005 році захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні із хворобою, зумовленою ВІЛ/СНІД, становила в Україні 3,3 на 100 тис. населення (1566 осіб), у 2006 році цей показник становив 4,3 на 100 тис. населення (1987 осіб), у 2007 році показник зріс до 5,0 на 100 тис. населення (2345 осіб) [8].

Із 2000 року захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ в Україні зросла у 25 разів (з 0,2 на 100 тис. населення у 2000 р. до 5,0 на 100 тис. населення у 2007 р.) [8].

Найбільше хворих виявлено в Миколаївській області (21,1 на 100 тис. населення) та в Донецькій області (13,8 на 100 тис.), найменше таких пацієнтів виявлено в Рівненській області (0,1 на 100 тис. населення) [8].

Насторожує те, що при досить високому загальному рівні захворюваності на туберкульоз у 2007 році (79,8 на 100 тис. населення) і значній поширеності ВІЛ-інфекції (176,2 на 100 тис. населення) в Україні реєструється відносно низький рівень ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз — 5,0 на 100 тис. населення [8]. Це свідчить про значне недовиявлення поєданого захворювання, а відтак, — невчасно проведений комплекс медичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на утримання епідемічної ситуації під контролем.

Однією з причин затримки діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атипичний перебіг туберкульозу. Туберкульоз у ВІЛ-інфікованих осіб відрізняється за структурою залежно від стадії ВІЛ-інфекції. Встановлено, що у хворих на І–ІІ стадії вона аналогічна структурі клінічних форм туберкульозу у неінфікованих ВІЛ осіб. На пізніх стадіях (ІІІ–ІV клінічні стадії ВІЛ-інфекції) структура форм туберкульозу суттєво змінюється. Питома вага дисемінованого туберкульозу і туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів становить 61,4 %. Туберкульоз, що розвивається на стадії СНІДу, у 50–70 % випадків має позалегенову локалізацію [5].

Із позалегенових форм туберкульозу, незалежно від стадії ВІЛ-інфекції, часто виявляють туберкульоз внутрішньогрудних і периферичних лімфатичних вузлів — близько 30 % від усіх хворих. Наступними за частотою спостерігаються специфічні зміни селезінки, печінки, рідше підшлункової залози.

Серед рекомендацій стосовно спільних заходів щодо боротьби з ТБ/ВІЛ є проведення епідагляду за поширеністю ВІЛ серед хворих на туберкульоз. У країнах із ситуацією концентрованої епідемії, де групи високого ризику інфікування ВІЛ зосереджені в окремих адміністративних районах, основою для епідагляду є тестування на ВІЛ усіх хворих на туберкульоз і консультування у цих адміністративних районах.

Важливе значення у забезпеченні контролю за ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз має моніторинг і оцінка спільних заходів щодо боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом. Програми боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом повинні погоджувати комплекс суттєвих індикаторів та засобів збору даних, а також

збирати дані для моніторингу і оцінки спільних заходів щодо боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом.

Керівні принципи ВООЗ з моніторингу та оцінки спільних заходів щодо боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом слід використовувати як основу до стандартизації моніторингу і оцінки таких заходів, враховуючи конкретні умови країни.

Необхідно забезпечити систему координації між службами тестування і консультування на ВІЛ та службами діагностики і лікування туберкульозу.

Слід активізувати виявлення хворих на туберкульоз серед людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, в клініках і стаціонарах, при сімейному контакті, у групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ та серед населення за рахунок підвищення усвідомлення взаємодії між туберкульозом та ВІЛ у працівників охорони здоров'я і серед груп населення, котрих вони обслуговують, шляхом виявлення підозрілих на туберкульоз випадків і направлення їх на діагностику на регулярній основі.

Усі ВІЛ-інфіковані пацієнти повинні бути обстежені на наявність або ризик розвитку туберкульозу, а усім хворим на туберкульоз необхідно запропонувати консультування та тестування на ВІЛ.

Виявлення хворих на туберкульоз проводиться при обстеженні ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що звернулися за медичною допомогою в регіональний центр СНІДу або в заклади охорони здоров'я загальної мережі зі скаргами і/чи симптомами туберкульозу; діагноз туберкульозу підтверджується фтизіатром; реєстрація випадку туберкульозу здійснюється у регіональному протитуберкульозному диспансері, відповідно до чинного законодавства. Особливу увагу варто приділяти пацієнтам із респіраторними симптомами, бронхолегеновими симптомами та симптомами інтоксикації, які тривають понад 2 тижні, відомим контактом із хворим на активний туберкульоз легень у домашніх умовах або близькому оточенні, наявності додаткових факторів підвищеного ризику інфікування.

У випадку, якщо у ВІЛ-інфікованого пацієнта не виявлено клінічних симптомів або даних про контакт із хворим на туберкульоз, туберкулінова проба може бути використана для визначення латентної туберкульозної інфекції, яка може розвиватись в активне захворювання на фоні імуносупресії, викликаного ВІЛ-інфекцією. Позитивна туберкулінова проба вказує на попереднє або недавнє інфікування туберкульозом та є показанням для призначення профілактики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих. Негативна туберкулінова проба, як правило, вказує на відсутність ризику розвитку туберкульозу у ВІЛ-інфікованих (за винятком випадків вираженої імуносупресії).

Діагностика ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз здійснюється шляхом проведення первинного обстеження на ВІЛ та поглибленого дослідження, після якого визначається тактика надання медичної, психологічної та соціальної допомоги хворому на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. Кожному пацієнту на активний туберкульоз повинно бути запропоноване тестування та консультування щодо ризику інфікування ВІЛ. Дана процедура повинна бути включена до переліку стандартних (рутинних) для кожного закладу, де надається допомога хворим на туберкульоз. Медичні працівники повинні пояснити пацієнту важливість проходження тестування для прийняття відповідних рішень про подальше ефективне лікування. Пацієнт має право відмовитися від проходження обстеження на ВІЛ.

Здійснення заходів щодо запобігання розповсюдження ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз та надання кваліфікованої, доступної медичної допомоги хворим, передбачає конструктивні зміни системи діагностики, профілактики та лікування хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз і може бути досягнуто за умови: координації загальнодержавних програм з туберкульозу та ВІЛ/СНІДу; розширення доступу контингенту осіб, які знаходяться на обліку у протитуберкульозних закладах, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію; забезпечення доступу хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз до антиретровірусної терапії та лікування опортуністичних інфекцій; проведення хіміопрофілактики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД; створення умов для ліку-

вання хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз у державних та комунальних протитуберкульозних закладах.

Лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ проводиться у разі виявлення туберкульозу легень із бактеріовиділенням або виявлення туберкульозу легеневої і позалегенової локалізації без бактеріовиділення. На період отримання інтенсивної фази хворі лікуються в умовах протитуберкульозного стаціонару або амбулаторно, можливе лікування ко-інфекції в регіональних центрах СНІДу залежно від перебігу і ступеню важкості обох захворювань за наявності відсутності бактеріовиділення.

Кінцевою метою терапії при лікуванні хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз є досягнення вилікування туберкульозу та стабілізації перебігу ВІЛ інфекції у хворого шляхом застосування режимів антимікобактеріальної (АМБТ) та антиретровірусної терапії (АРТ), які дають можливість знизити рівень захворюваності та смертності від туберкульозу та ВІЛ-інфекції, вплинути на переривання ланцюга епідемічного процесу, максимально пригнітити реплікацію ВІЛ, відновити функцію імунної системи, продовжити та підвищити якість життя ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз.

В організації лікування хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз дотримуються наступних підходів:

- лікування активного туберкульозу клінічно та епідеміологічно більш важливо, ніж лікування ВІЛ-інфекції, тому лікування пацієнтів із ко-інфекцією переважно розпочинають з призначення протитуберкульозної терапії;

- лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів проводиться за тими ж схемами та тривалістю, що і у ВІЛ-негативних пацієнтів;

- якщо пацієнт вже отримує АРТ, її продовжують, а при необхідності проводять корекцію лікування з урахуванням сумісності АРВ та АМБ препаратів;

- після завершення основного курсу АМБТ протирецидивне профілактичне лікування не застосовується;

- профілактичне лікування котримоксазолом запобігає смерті від інших інфекцій у ко-інфікованих пацієнтів.

Окрему увагу необхідно звернути на проблему СНІДу і туберкульозу у дітей різних вікових груп. На 01.01.2008 18,2 % ВІЛ-інфікованих осіб в Україні — діти. У центрах СНІД перебувають на спостереженні 7036 дітей (1624 дітей із підтвердженою ВІЛ-інфекцією; 5412 дітей зі ще невідомим ВІЛ статусом (перебувають на моніторингу). 50 % дітей перебувають під опікою біологічних родичів.

Необхідність впровадження організаційних заходів щодо раннього виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих дітей та дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, обумовлена:

- особливостями патогенезу та клінічного перебігу ВІЛ-інфекції і туберкульозної інфекції у дітей;

- у разі перинатального ВІЛ-інфікування має місце швидкий розвиток СНІДу (у 30 % із летальним наслідком);

- серед померлих від СНІДу дітей в Україні до 80 % — діти у віці до 18 місяців;

- ВІЛ-інфіковані діти в сотні разів частіше захворюють на туберкульоз ніж ВІЛ-негативні (ризик захворювання туберкульозом у ВІЛ-інфікованих дорослих збільшується у 12–20 разів: із 0,4 % до 5–8 %);

- у ВІЛ-інфікованих немовлят термін від інфікування МБТ до розвитку туберкульозу може бути менший ніж 6–8 тижнів;

- у 40–50 % ВІЛ-позитивних немовлят та 15 % ВІЛ-інфікованих дітей більш старших вікових груп симптоми захворювання туберкульозу з'являються протягом найближчих 1–2 років із моменту інфікування МБТ.

- захворюваність на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих дітей в Україні у 2006 р. — 2400 на 100 тис. ВІЛ-інфікованих дітей, тобто у 240 разів вища, ніж захворюваність серед дітей у популяції (9,6 на 100 тис. дитячого населення). Захворюваність на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих дітей у 2006 р. збільшилася на 84 % у порівнянні із 2005 р;

- серед дітей, які померли у 2006 та 2007 р.р. і мали діагноз "туберкульоз", майже 50 % були ВІЛ-інфіковані;

- відсутність щеплення БЦЖ у дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів у зв'язку з високим ризиком генералізації БЦЖ-інфекції.

Епідеміологічними особливостями туберкульозу у ВІЛ-інфікованих дітей є :

- високий ризик інфікування МБТ (належність до соціально уразливих сімей із високою розповсюдженістю туберкульозу, сирітство);

- неможливість відвідування протитуберкульозного диспансеру ВІЛ-інфікованими дітьми (у зв'язку з високою імовірністю інфікування МБТ та соціальними факторами) потребує організації надання допомоги щодо раннього виявлення і профілактики туберкульозу за місцем спостереження дитини з приводу ВІЛ-інфекції.

Для запобігання поширенню ВІЛ-асоційованого туберкульозу та покращання надання медичної допомоги хворим всі заходи "Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках" були певною мірою узгоджені з Національною програмою з ВІЛ/СНІДу. У 2007 році послугою добровільного консультування та тестування охоплено 82,4 % осіб, що знаходяться на обліку в протитуберкульозних закладах. Послуги ДКТ надаються регіональними центрами профілактики та боротьби зі СНІДом, неурядовими організаціями, які працюють в сфері протидії ВІЛ/СНІДу і також долучаються до зазначеного виду діяльності. На сьогоднішній день всі ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД, в тому числі в поєднанні з туберкульозом, мають доступ до антиретровірусної терапії.

Поглиблення проблеми поєднання двох соціально небезпечних захворювань, як туберкульоз та ВІЛ-інфекція, на сучасному етапі визначило боротьбу з ними як важливий компонент контролю за станом епідемій у світі та країні, суттєву складову комплексної медичної допомоги хворим, їх догляду та підтримки.

Вагомість вказаного підкреслено в Цілях розвитку тисячоліття, які Україна на міжнародному рівні зобов'язалась досягти шляхом виконання завдань Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, та висвітлено у двох державних цільових програмах, метою яких є стабілізація та позитивні зрушення в епідемічній ситуації з ВІЛ-інфекції та туберкульозу.

Незважаючи на те, що принципи контролю над туберкульозом у ВІЛ-інфікованих лишаються такими ж як і у ВІЛ-негативних пацієнтів, ВООЗ прогнозує, що в країнах з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції кількість випадків туберкульозу буде збільшуватись, оскільки існують фактори, які впливають на зростання рівня поєданого інфікування населення на туберкульоз та ВІЛ. До таких факторів віднесені:

- гіпердіагностика туберкульозу легень з негативним мазком (через діагностичні труднощі);

- гіподіагностика туберкульозу з позитивним мазком через завантаженість лабораторій;

- недосконале контрольоване лікування;

- низька питома вага виліковування;

- висока питома вага смертності під час лікування;

- висока питома вага перерваного лікування через побічні ефекти антимікобактеріальних препаратів;

- висока частота рецидивів туберкульозу;

- високий ризик передачі резистентних форм туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих в умовах протитуберкульозних закладів.

Вплинути на зазначені фактори та виконати поставлені завдання можна лише за умови існування встановленого в країні порядку надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та тим, що мають поєднані захворювання.

З цією метою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.05.2008 р. затверджений Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання — туберкульоз та ВІЛ-інфекцію. Протокол не передбачає створення нової спеціалізованої або незалежної програми, він встановлює порядок взаємодії між фахівцями протитуберкульозної служби, центрів профілактики і боротьби зі СНІДом та загальнолікарняної мережі в організації виявлення, профілактики та надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ.

Важливу роль для попередження розвитку і розповсюдження ВІЛ-асоційованого туберкульозу відіграє збільшення інвестицій у послуги, поліпшення системи виявлення випадків захворювання серед населення і надання допомоги для виконання схем лікування, а також більш дієвий контроль за інфекцією.

Супровід пацієнтів включає постійний моніторинг за станом здоров'я пацієнта, забезпечення контролю під час отримання антимікобактеріальної терапії на амбулаторному етапі із забезпеченням соціального супроводу, підготовку до антиретровірусної терапії, попередження та лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань, періодичне консультування, формування прихильності до лікування, психологічну та соціальну підтримку, скерування для забезпечення послідовності надання допомоги в повному обсязі.

Важливою є організація супроводу ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз пацієнтів командою, із залученням медичних працівників (лікар, медична сестра), соціальних працівників, психологів, консультантів неурядових організацій за принципом "рівний-рівному", які працюють разом, в єдиному інформаційному просторі. До команди медичних працівників поряд із лікарем-інфекціоністом та фтизіатром доцільно, за потреби, також включати лікаря-офтальмолога, невропатолога, гінеколога, дерматолога, психіатра, нарколога. Відповідно до міжнародних рекомендацій та галузевих вимог велика роль у забезпеченні супроводу пацієнта надається медичній сестрі, яка забезпечує під безпосереднім наглядом виконання вимог терапії.

Отже, на початку ХХІ століття спостерігається значне поширення коінфекції ВІЛ/туберкульозу у багатьох країнах світу, у т.ч. в Україні. Загострення цієї проблеми обумовлено низьким рівнем життя значних контингентів населення, складнощами діагностики поєднаної інфекції, недоліками системи охорони здоров'я, появою нових популяцій збудників із множинною стійкістю до ліків та невисокою ефективністю профілактичних заходів серед вразливих контингентів населення.

Покращання економічної ситуації в країні та соціального захисту населення сприятимуть підвищенню результативності медико-організаційних заходів і дозволять досягти суттєвих успіхів у боротьбі з ВІЛ-інфекцією, туберкульозом та іншими соціально обумовленими хворобами.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вартанян Ф. Е., Шаховський К. П.* Туберкульоз, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2007. — № 4. — С. 42–44.
2. *Ковалевська Л. А., Костішин О. Ф.* Сучасний стан проблеми поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу. // Одеський медичний журнал. -2005. — № 3. — С. 60–63.
3. *Мельник В. П., Леоненко О. М., Колос Л. А.* Туберкулез и синдром приобретенного иммунодефицита // Укр. пульмонол. журн. — 2003. — №3. — С. 13–15.
4. *Нанн П.* Глобальный подход к борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. — № 10. — С. 13–16.
5. *Пантелеев А. М., Савина Т. А., Супрун Т. Ю.* Внегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — №7. — С. 16–19.
6. *Процюк Р. Г.* Особливості перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД // Вісник наукових досліджень. — 2005. -№3. — С. 32–34.
7. *Світлична Т. Г., Хурса Д. М.* Особливості перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД // Інфекційні хвороби. — 2008. — № 1. — С. 28–30.
8. *Стельмах О. М., Недоспасова О. П., Часовський К. С.* Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 1997–2007 роки. — Київ, 2008.
9. *Щербинська А. М., Бочкова Л. В., Шкурко Т. В.* ВІЛ-інфекція в Україні. — Інформаційний бюлетень. № 29. — Київ. 2008.
10. *World Health Organization.* TB/HIV A clinical manual. — Geneva, 2004. — 210 p.
11. *World Health Organization.* Management of Tuberculosis and HIV Coinfection. Clinical Protocol for the WHO European Region. — Copenhagen, 2006 — 33p.
12. *WHO/IUATLD.* Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. — Geneva, 2006. — 217 p.
13. *World Health Organization.* Interim policy on collaborative TB/HIV activities. — Geneva, 2004. — 14 p.
14. *World Health Organization.* Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients/ Second edition. — Geneva, 2004. — 32 p.
15. *World Health Organization.* A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. — Geneva, 2004. — 50 p.