

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМ. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО  
АМН УКРАЇНИ**

**ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ  
ТА ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ**

(методичні рекомендації)

**Київ 2005**

“Узгоджено”

Начальник лікувально-  
організаційного управління  
АМН України, д.м.н.

Лазоришинець В.В.  
\_\_\_\_\_ 2005

“Узгоджено”

Начальник управління  
організації лікування  
соціально небезпечних  
хвороб МОЗ України

Александріна Т.А.  
\_\_\_\_\_ 2005

**Заклад розробник:** Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України.

**Укладачі:**

**Фещенко Ю.І.** — директор Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, академік АМН України, професор, головний фтизіатр України, 044 275 02 04.

**Кучугура-Кучеренко Л.В.** — головний лікар Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, канд. мед. наук, 275 27 00.

**Александріна Т.А.** — начальник управління організації лікування соціально небезпечних хвороб, 253 83 86.

**Черенько С.О.** — провідний науковий співробітник відділення фтизіатрії Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, доктор мед. наук, 275 41 33

**Рецензенти:**

**Петренко В.М.** — завідувач відділу фтизіатрії Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, доктор мед. наук, професор.

**Ніколаєва О.Д.** — доцент кафедри туберкульозу КМАПО ім. П.Л. Шупика, кандидат мед. наук.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України – академік АМН України, професор **Фещенко Ю.І.**

Голова експертної комісії – доктор мед. наук, професор **Мельник В.М.**

## ПОЗНАЧЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

АРВЛ – антиретровірусне лікування

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

КСП – кислото-стійки палички

МБТ– *Micobacterium tuberculosis*

ООН – організація об'єднаних націй

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ТБ – туберкульоз

CD – cluster of differentiation (кластер диференціювання) – це молекули, які є на поверхні клітин, котрі можуть бути ідентифікованими за допомогою моноклональних антитіл

CD4 – глікопротеїн, який є на поверхні Т-лімфоцитів хелперів

UNAIDS – об'єднана програма ООН зі СНІДу

## ЗМІСТ

Позначення та скорочення	3
Вступ	5
I Виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	6
1.1 Активне виявлення туберкульозу	
1.2 Пасивне виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	8
1.2.1 Виявлення туберкульозу легень	8
1.2.2 Виявлення позалегенового туберкульозу	
II Виявлення ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз	11
III Диспансерне спостереження за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз	12
3.1 Лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	12
3.2 Диспансерне спостереження за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз	13
3.3. Хіміопрофілактика туберкульозу у ВІЛ-інфікованих	14
Рекомендована література	15
Висновки	16

## Вступ

Методичні рекомендації “Виявлення ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу” створені з метою покращання виявлення, діагностики та профілактики ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу в умовах епідемії туберкульозу в Україні та неухильного зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД та вирішення наступних задач:

- визначення заходів по виявленню туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- визначення заходів по виявленню ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз;
- організації диспансерного спостереження за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

В останні роки в Україні одночасно розвиваються епідемії двох соціально небезпечних хвороб – туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, що часто уражають одні й ті ж групи населення. Туберкульоз, як найбільш розповсюджене опортуністичне захворювання, став головною причиною захворюваності і смертності у хворих на СНІД. Серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД найресповсюдженішою опортуністичною інфекцією є туберкульоз. ВІЛ-інфекція підвищує ризик активного туберкульозу і, навпаки, туберкульоз несприятливо впливає на перебіг ВІЛ-інфекції. Експерти ВООЗ вважають, що рівень захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз є чутливим показником поширення ВІЛ в загальній популяції населення. За узагальненими літературними даними понад 30 % ВІЛ-інфікованих хворіє на туберкульоз і близько 30-40 % захворівших помирає від туберкульозу.

Висока смертність хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз обумовлена як тяжкістю перебігу туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції так і несвоєчасним виявленням тяжких генералізованих форм. Однією з причин затримки діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атиповий перебіг туберкульозу та клінічні особливості. Туберкульоз на фоні ВІЛ-інфекції у 50-70 % випадків має позалегенеу локалізацію і приєднується до СНІДу частіше тоді, коли рівень CD4 лімфоцитів знижується понад 200 клітин. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції питома вага дисемінованого туберкульозу і туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів становить 60-70 %. На сьогодні в 90-95 % випадків позалегенового туберкульозу у хворих на СНІД виявляють лише на розтині. Причому в 25% випадків розтин не проводиться, що свідчить про те, що значна кількість випадків асоційованого захворювання не виявляється. В країнах Європи ризик розвитку позалегенового туберкульозу на фоні СНІДу збільшено серед споживачів ін'єкційних наркотиків, у яких частіше виявляють менінгіт.

Труднощі своєчасної діагностики туберкульозу обумовлені ідентичною клінічною симптоматикою двох захворювань. Зазначене пов'язано з тим, що більша кількість хворих на туберкульоз, що інфіковані вірусом

імунодефіциту людини, не знають про своє друге захворювання і намагаються отримати допомогу у звичайних закладах охорони здоров'я і не завжди досягають в цьому очікуваних результатів.

Питання організації виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції серед населення України передбачено існуючими нормативними документами Міністерства охорони здоров'я, однак організація виявлення туберкульозу серед ВІЛ-позитивного контингенту населення не відрізняється від виявлення туберкульозу серед загальної популяції населення.

Однак при високій захворюваності на туберкульоз у 2004 році (80,9 на 100 тис. населення) і досить високій на ВІЛ/СНІД (31,6 на 100 тис. населення) в Україні відмічається невисокий рівень ВІЛ/СНІД-асоційованому туберкульозу — 2,4 на 100 тис. населення. Згідно з законами передачі інфекційних захворювань, при такому рівні туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в Україні очікуваний показник захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз має складати в 2004 році 5,8 на 100 тис. населення, що майже у 3 рази перевищує реальний показник. Це свідчить про значене недовиявлення поєданого захворювання, що обумовлено відсутністю системи виявлення туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб.

Відповідно до концепції Національної програми боротьби з туберкульозом в Україні діагностика цього захворювання здійснюється в 2 етапи: виявлення захворювання та встановлення діагнозу. Виявлення туберкульозу проводиться в лікувальних закладах загальної медичної мережі, містить в собі вивчення скарг, анамнезу пацієнта, фізичне обстеження, мікроскопічне дослідження мазків харкотиння на кислотостійкі палички (КСП), а також доступне лікувальному закладу рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини.

Однак враховуючи високу частоту позалегенових форм туберкульозу у хворих на СНІД та атиповий перебіг туберкульозу легень (рідке виділення мікобактерій туберкульозу), перераховані вище заходи по виявленню туберкульозу повинні бути доповнені рядом додаткових обстежень.

У даних методичних рекомендаціях послідовно висвітлено комплекс заходів з організації протитуберкульозної допомоги дорослим хворим на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Методичні рекомендації пропонуються для лікарів загальної медичної практики, фтизіатрів, інфекціоністів. Видаються вперше.

## **I ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД**

### **1.1. Активне виявлення туберкульозу**

Активне виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД проводять при реєстрації нового випадку ВІЛ-інфекції та при профілактичних оглядах пацієнтів даного контингенту у центрах СНІДу та у закладах загальної медичної мережі.

Основною проблемою активного виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є організаційні труднощі охоплення профілактичною флюорографією, які пов'язані з високою ризиковою поведінкою цих осіб (ін'єкційні наркомани, секс бізнес).

Для забезпечення щорічного проведення профілактичної рентгенографії органів грудної клітки у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД необхідно дотримуватись наступних заходів:

- обов'язкове післятестове консультування для надання виявленій ВІЛ-інфікованій особі інформації про високий ризик захворювання на туберкульоз, про необхідність його своєчасної діагностики і, у зв'язку з цим, щорічної профілактичної рентгенографії органів грудної клітки;
- облік профілактичних рентгенологічних обстежень у центрі СНІДу і моніторинг їх щорічного проведення при кожному візиті пацієнта;
- пропонування профілактичного рентгенологічного обстеження ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД ін'єкційним наркоманам в пунктах видачі шприців або у центрах реабілітації від наркозалежності.

Протипоказання до туберкулінодіагностики. Алергічні реакції та захворювання в стадії загострення, стан після вакцинації живими вакцинами (кір, паротит), тяжкі вірусні інфекції, у тому числі вірусний гепатит В або С у активній фазі.

Заходи по активному виявленню туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД наведені у таблиці 1.

При позитивних результатах активного виявлення туберкульозу за рентгенологічними даними, результатами туберкулінодіагностики або серологічних тестів необхідно активно з'ясувати наявність у пацієнта клінічних симптомів туберкульозу, оскільки він міг їх не ідентифікувати. Це насамперед наявність нерізко виражених симптомів інтоксикації, які проявляються постійним або інтермітуючим субфебрилітетом та втратою маси тіла.

Серологічна діагностика проводиться як альтернатива до туберкулінодіагностики або при наявності протипоказань до її проведення.

Серологічні тести мають наступні переваги над туберкулінодіагностикою:

- не потребують дворазового відвідування медичного закладу (для постановки проби і врахування її результатів);
- не залежать від технічних навичок медичних сестер;

- не залежать від особливостей імунної відповіді організму на туберкулін, які у 20-30 % випадків дають хибно-позитивні або хибно-негативні результати (анергія, гіперергія).

Таблиця 1 — Заходи по активному виявленню туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД центрами СНІДу та закладами загально-медичної мережі

Активне виявлення	Результати та подальші заходи
Профілактична рентгенографія органів грудної клітки 1 раз на рік	<p>Зміни на рентгенограмі відсутні: відомості про це зберігаються у центрі СНІДу.</p> <p>Виявлені зміни на рентгенограмі, клінічні симптоми ТБ відсутні: пацієнт направляється на консультацію в ПТД.</p> <p>Виявлені зміни на рентгенограмі, наявні клінічні симптоми ТБ** : проводиться диференційна діагностика між неспецифічними захворюваннями та ТБ в центрі СНІДу або в ПТД.</p>
Туберкулінодіагностика з 2 ТО. Одноразово при позитивній реакції та 1 раз на рік при негативній реакції, якщо рівень CD4 клітин > 200.	<p>Позитивна реакція, клінічні симптоми ТБ відсутні: призначається хіміопрофілактика туберкульозу (ХП).</p> <p>Позитивна реакція, наявні клінічні симптоми ТБ: проводиться диференційна діагностика між латентною туберкульозною інфекцією та активним захворюванням в умовах центру СНІДу або ПТД.</p> <p>Негативна реакція: ХП туберкульозу призначається у разі зниження рівня CD4 клітин понад 200.</p>
Серологічна діагностика латентної туберкульозної інфекції за допомогою швидких тестів для визначення антитіл до . Одноразово при позитивному результаті та 1 раз на рік при негативному результаті незалежно від рівня CD4 клітин.	<p>Позитивний результат, клінічні симптоми ТБ відсутні: призначається ХП туберкульозу.</p> <p>Позитивний результат, наявні клінічні симптоми ТБ: проводиться диференційна діагностика між латентною туберкульозною інфекцією та активним захворюванням в умовах центру СНІДу або ПТД.</p> <p>Негативний результат: ХП туберкульозу не призначається.</p>

#### **Недоліки серологічних тестів:**

- отримані результати тестування оцінюються візуально, тобто має місце їх суб'єктивна інтерпретація;



- не дозволяють розрізнити активне захворювання та латентну туберкульозну інфекцію.

### **Протипоказання до туберкулінодіагностики:**

- алергічні реакції та захворювання в фазі загострення;
- тяжкі вірусні інфекції (утому числі вірусний гепатит В та С в активній фазі);
- стан після вакцинації живими вакцинами (кір, паротит).

## **1.2 Пасивне виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**

Пасивне виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД проводиться при зверненні цих осіб у медичні заклади із симптомами, підозрілими на туберкульоз.

Пасивне виявлення туберкульозу слід проводити не тільки у осіб з респіраторними симптомами, а й у пацієнтів з інтоксикаційним синдромом, враховуючи високу частоту позалегенових форм у ВІЛ-позитивних пацієнтів. Такі симптоми інтоксикації як фебрильна або субфебрильна температура, втрата маси тіла, блідість, слабкість тощо, притаманні для туберкульозу будь-якої локалізації, а також характерні для інших опортуністичних інфекцій, які можуть виникати у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

### **1.2.1 Виявлення туберкульозу легень**

Виявлення туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД проводиться так само як і в загальній популяції населення шляхом рентгенографії органів грудної клітки та 3-х разової мікроскопії мазку харкотиння за Цилем-Нільсенем на кислото-стійкі палички (КУП). Однак у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД додатково необхідно проводити ще й посів харкотиння на МБТ як більш чутливий метод, туберкулінодіагностику або серологічну діагностику туберкульозної інфекції.

В таблиці 2 наведені симптомокомплекси, які вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз легень.

**Таблиця 1 — Симптомокомплекси, що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз**

<b>Бронхолегеневі симптоми</b>	<b>Симптоми інтоксикації, які тривають понад 2 тижні</b>
Кашель сухий або з виділенням харкотиння понад 2 тижні	Фебрильна, субфебрильна температура
Біль в грудній клітині, що пов'язана з диханням	Схуднення, втрата апетиту, підвищена пітливість
Кровохаркання, легенева кровотеча	Слабкість

При наявності вогнищевих, інфільтративних, деструктивних змін, округлених утворень **незалежно від локалізації**, плеврального випоту, асиметричного збільшення коренів легень варто підозрювати туберкульоз і дотримуватися наступної тактики ведення пацієнтів.

**Існує три основних варіанти тактичних дій для установ загальної медичної мережі та центрів СНІДу виявленні туберкульозу:**

- при виявленні кислотостійких бактерій (КСБ) хоча б у 1 аналізі мокротиння і наявності рентгенологічних змін, підозрілих на туберкульоз, пацієнта направляють у протитуберкульозну установу для подальшого обстеження з метою підтвердження або виключення діагнозу туберкульозу;
- у випадку, якщо кислотостійкі бактерії не виявлені в жодному з 3 досліджуваних мазків мокротиння, а рентгенологічно визначаються інфільтративні або вогнищеві зміни в легенях, проводиться тест-терапія антибіотиками широкого спектра дії тривалістю до 2 тижнів. При цьому не можна застосовувати препарати, що мають протитуберкульозну активність (стрептоміцин, канаміцин, амікацин, рифампіцин, мікобутин, усі препарати групи фторхінолонів). У випадку відсутності ефекту від проведеної терапії антибактеріальними препаратами широкого спектра дії, пацієнт повинний бути направлений для додаткового обстеження в протитуберкульозну установу.
- у випадку, якщо кислотостійкі бактерії не виявлені в жодному з 3 досліджуваних мазків мокротиння, але рентгенологічно в легенях визначається дисемінація, округле утворення, порожнина, збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, плеврит, пацієнт повинний бути направлений для подальшого обстеження, що включає інструментальну діагностику з метою морфологічної, цитологічної і мікробіологічної верифікації діагнозу, у протитуберкульозну установу.

### **1.2.2 Виявлення позалегенового туберкульозу**

Виявлення позалегенового туберкульозу проводять у пацієнтів з інтоксикаційним синдромом, збільшенням периферичних лімфатичних лімфовузлів за наступною схемою:

- біопсія збільшених периферичних лімфатичних вузлів з подальшим гістологічним дослідженням та посівом матеріалу на МБТ.
- комп'ютерна томографія органів грудної клітки у осіб з тривалою лихоманкою невстановленого генезу;
- УЗД органів черевної порожнини клітки у осіб з тривалою лихоманкою невстановленого генезу з оглядом лімфатичних вузлів органів черевної порожнини.
- пробна тест терапія на 2-4 тижні тільки протитуберкульозними препаратами з щоденною 3-х разовою термометрією та

обов'язковим остаточним виском про відповідь на це лікування.  
Застосовувати комбінацію протитуберкульозних препаратів:

– ізоніазид 0,3-0,45 г + піразинамід 1,5-2,0 + етамбутол 1,2 г.

Ознаки поза легеневого туберкульозу наведені в таблиці 2. Перелік туберкульозу різної локалізації наведений згідно частоти поширеності окремих форм зверху вниз.

**Таблиця 2 — Ознаки туберкульозу різної локалізації**

Локалізація туберкульозу	Ознаки туберкульозу
Туберкульоз внутрішньо-грудних л/в	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), кашель, виділення харкотиння, розширення тіні коренів легень на рентгенограмі органів грудної клітини, ураження бронхів при бронхоскопії.
Туберкульоз периферичних л/в	Інтоксикаційний синдром, збільшення периферичних л/в, нориці над збільшеними периферичними лімфовузлами.
Туберкульозний плеврит	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), біль в грудної клітині, задишка, сухий кашель, наявність випоту в плевральній порожнині.
Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), менінгеальний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), патологічні зміни в лікворі, вогнищеві симптоми ураження мозку.
Міліарний туберкульоз	Інтоксикаційний синдром (різко виражений), міліарні висипання в легенях при рентген обстеженні.
Туберкульоз кісток та суглобів	Інтоксикаційний синдром, локальний біль в кістках та суглобах, холодні абсцеси в м'яких тканинах, патологічні зміни в кістках і суглобах при рентгенологічному дослідженні.
Туберкульоз сечостатевої системи	Інтоксикаційний синдром, дизурічний синдром, патологічні зміни в аналізі сечі, патологічні зміни при рентгенологічному обстеженні органів сечової системи, локальні патологічні зміни слизової оболонки сечового міхура при цистоскопії.
Туберкульоз кишок, очеревини	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), диарейний синдром, збільшення брижових лімфовузлів при УЗД, синдром кишкової непрохідності.
Туберкульоз шкіри	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), скрофулодерма, вовчак.
Туберкульоз ока	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), передній увеїт, периферичний увеїт, хореоретиніт.

Встановлення або підтвердження діагнозу туберкульозу проводиться в тільки в спеціалізованих протитуберкульозних лікувальних закладах.  
обов'язково

## **II ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Майже у всіх протитуберкульозних диспансерах проводять добровільне тестування ВІЛ-інфекції. Добровільне тестування ВІЛ-інфекції обов'язково слід доповнювати передтестовим консультуванням.

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.

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.

Перед тестова консультація має містити наступну інформацію;

Тестування ВІЛ є важливою процедурою, оскільки туберкульоз є найпоширенішим опортуністичним захворюванням при ВІЛ-інфекції;

У разі позитивного результату, ця інформація буде конфіденційною і не призведе до виписки з протитуберкульозного закладу, або погіршення якості медичного обслуговування;

Недіагностована ВІЛ-інфекція стане причиною рецидиву та прогресування туберкульозу з подальшим летальним наслідком;

В Україні доступне антиретровірусне лікування, яке дозволяє ВІЛ-інфікованій особі жити, уникати інфекційних захворювань, працювати та мати родину.

Якщо ВІЛ-інфекція вперше виявлена в протитуберкульозному диспансері, ця інформація обов'язково має бути повідомленою в центр СНІДу.

## **III ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ НА ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ**

### **3.1 Лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**

Проводиться в протитуберкульозному диспансері згідно клінічній категорії диспансерного обліку в умовах стаціонару або амбулаторно залежно від форми та тяжкості туберкульозу.

При тяжких генералізованих формах туберкульозу у вперше діагностованих хворих слід застосовувати 5-компонентний режим хіміотерапії за 2-ю клінічною категорією.

На початку протитуберкульозного лікування обов'язкове дослідження рівня CD4 клітин. Якщо рівень CD4 нижче 200 клітин, дослідження необхідно повторити через 2 місяці. Якщо рівень CD4 клітин зберігається низьким, хворому розпочинають антиретровірусне лікування на фоні протитуберкульозного (в умовах протитуберкульозного стаціонару або амбулаторно в центрі СНІДу залежно від тяжкості туберкульозу).

Якщо рівень CD4 клітин збільшився (у зв'язку з ліквідацією туберкульозної інтоксикації) дослідження рівня CD4 клітин повторюють наприкінці основного курсу хіміотерапії для вирішення питання про призначення антиретровірусного лікування.

У разі тяжких форм СНІДу з наявністю інших опортуністичних захворювань, крім туберкульозу, питання про антиретровірусне лікування слід ставити згідно з протоколом через 2 тижні від початку протитуберкульозної хіміотерапії.

Після завершення основного курсу хіміотерапії хворий спостерігається в протитуберкульозному диспансері так само як і ВІЛ-негативні особи. Хіміопрофілактику туберкульозу проводять 1 раз на рік протягом 3-х місяців 2-ма протитуберкульозними препаратами )ізоніазид + піразинамід або ізоніазид + етамбутол).

### **3.2 Диспансерне спостереження за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз**

Згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499 “Про затвердження інструкції щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень” для забезпечення диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз визначені диспансерні категорії хворих, поділ на які проведено за методикою, рекомендованою ВООЗ та адаптованою до існуючої в Україні класифікації туберкульозу. Залежно від категорії призначено кратність відвідувань хворого протитуберкульозного диспансеру або кабінету, які існують не лише на території 27 адміністративних регіонів, а й в кожному територіальному адміністративному районі області. Кратність

відвідувань хворим на активний туберкульоз закладу залежить від категорії хворого, але не рідше 1 разу щокварталу.

Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД згідно з наказом МОЗ України від 25.05.2000 року № 120 “Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД” здійснюється диспансерними відділеннями центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та кабінетами інфекційних захворювань (КІЗ), у разі відсутності КІЗ – дільничним лікарем-терапевтом або інфекціоністом. Кратність відвідувань зазначеної категорії залежить від стадії ВІЛ-інфекції.

### **3.3. Хіміопрофілактика туберкульозу у ВІЛ-інфікованих**

У випадку виявлення „віражу” туберкулінової проби, гіперергічної реакції на туберкулін, зростання папули більш ніж на 6 міліметрів порівняно з попереднім роком, у разі виявлення при рентгенофлюорографічному обстеженні залишкових зміни після спонтанно або клінічно вилікуваного туберкульозу, а також у разі контакту з хворим на активну форму туберкульозу протягом останнього року, забезпечити консультацію фтизіатра та призначення контрольованої хіміопрофілактики ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД з за схемами: ізоніазид + етамбутол або ізоніазид + піразинамід щодня або двічі на тиждень протягом трьох місяців у стандартних дозах (ізоніазид – 0,3, етамбутол – 1,2, піразинамід – 2,0) або у дозах відповідно до маси тіла, передбачених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 № 233 „Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз”;

Хворим на СНІД з кількістю лімфоцитів менше ніж 1200 або СД-4 менше 200 в 1 куб. мм. крові та з позитивною туберкуліновою пробою призначати ізоніазид та рифампіцин щоденно або двічі на тиждень протягом трьох місяців двічі на рік у стандартних дозах, відповідно до маси тіла, передбачених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 № 233 „Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз”.

### Рекомендована література

1. Александріна Т.А. Епідемічна ситуація в Україні щодо туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та СНІДом // Укр. хіміотерапевт. журн. – 2003. – № 3-4. – С. 11 – 14.
2. Балакірева О., Галустьян Ю., Яременко О. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу і України: нові прогнози. – Київ: Український ін-т соціальних досліджень, 2003. – 146 с.
3. ВОЗ. Базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ. – Женева, 2003. – 37 с.
4. Мельник В.М., Леоненко О.М. ВИЧ-инфекция и СПИД при туберкулезе // Doctor. – 2003. – № 6. – С. 43 – 46.
5. Мельник В.М., Леоненко О.М. ВИЧ-инфекция и СПИД при туберкулезе // Doctor. – 2003. – № 6. – С. 43 – 46.
6. Черенько С.О., Александріна Т.А. Епідеміологічний нагляд за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні // Укр. мед. часопис. – 2004. – № 7 – 8. – С. 36 – 40.
7. Щербинская А.М., Кобыща Ю.В., Круглов Ю.В. и др.. Эпидемиологическая ситуация по Вич-инфекции на Украине // Журн. Микробиол., эпидемиол и иммунобиол. – 1999. – № 1. – С. 26 – 29.
8. Щербінська А.М. СНІД – проблеми і перспективи. ВІЛ-інфекція: багатоманіття аспектів // Дайджест. – 2001. – № 9. – С. 1 – 15.

## ВИСНОВКИ

Методичні рекомендації, присвячені питанню виявлення та диспансерного спостереження за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз видаються уперше і створені з метою покращання виявлення, діагностики та профілактики цього захворювання в умовах епідемії туберкульозу в Україні, неухильного зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД та значного недовиявлення ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу.

В методичних рекомендаціях детально наведені усі кроки по активному та пасивному виявленню туберкульозу, наведена детальна схема диспансерного спостереження за цими хворими як протитуберкульозними диспансерами, так і центрами СНІДу.

Наведені семи виявлення туберкульозу були апробовані в Донецькій області показали високу ефективність. В Донецькій області найвищий в Україні рівень виявлення ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, найнижча смертність від цього захворювання у зв'язку зі своєчасною діагностикою туберкульозу.

Впроваджені схеми виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дозволяють на 40 % підвищити виявлення асоційованого захворювання.