



Л.Г. Авербух¹, О.В. Кулініч², Г.В. Корса²,
О.О. Недужко¹, К.К. Рогач²

¹ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечникова МОЗ України», Одеса

²КУ «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер»

Подвійна епідемія туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу і діти, хворі на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, в Одеській області

Комплексна оцінка основних показників поширеності туберкульозу в Одеській області не дозволяє вважати епідемію стабілізованою, а значний ріст захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД і смертності від неї з високим рівнем інфікованості вагітних і статевого характеру трансмісії, а також збільшення смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, свідчать про те, що ця епідемія набула в області характеру генералізованої. На такому тлі значно зросли захворюваність на поєднану патологію, смертність і летальність хворих на туберкульоз від неї, а також їхня частка серед хворих і померлих. Спостерігалось 36 дітей, хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. Клініко-рентгенологічні особливості перебігу і результатів хвороби мало відрізнялися від таких у ВІЛ-негативних дітей, хворих на туберкульоз дихальної системи, а приєднання АРТ прискорювало зворотний розвиток туберкульозних змін. Тяжко перебігали і закінчилися летально два випадки занедбаного ВІЛ-асоційованого туберкульозу ЦНС. Впродовж 10 років спостерігалось чотири випадки смерті дітей від туберкульозу, ускладненого ВІЛ, діагноз яким був встановлений лише на розтині. Зниженню гостроти ситуації можуть сприяти посилення цілеспрямованої роз'яснювальної роботи з цієї тематики серед молоді, підвищення культури шлюбно-сексуальних стосунків, планування вагітності, поліпшення взаємoinформування між лікувальними і пологовими установами, а комплексної проблеми подвійної епідемії — повноцінне бюджетне фінансування програмних заходів.

Ключові слова

Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, ко-інфекція, діти.

У першому десятиріччі нинішнього століття Україна посідала 32-ге місце (після країн Африки і Латинської Америки) у переліку 50 країн світу з найбільшим поширенням ВІЛ-інфекції [25]. Починаючи від 1991 р., значно зросли всі показники поширення туберкульозу в Україні. За критеріями ВОЗ, від 1995 р. у нашій країні спостерігається епідемія цієї хвороби [22], лікування якої значно ускладнюється через зростання частоти випадків хіміорезистентності збудника. Послідовне значне збільшення кількості випадків ВІЛ-асоційованого туберкульозу як серед груп медичного і соціального ризику, так і всього населення надало глобального характеру

і проблемі поєднаної патології [1, 3, 13]. В Україні від 2001 р. показники захворюваності та смертності від поєднаної інфекції збільшилися у 10 разів. Нашу країну зараховано до групи країн з найвищою потребою у заходах щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом і туберкульозом [22]. Ситуацію ускладнюють поєднання трьох інфекцій: ВІЛ, туберкульозу і гепатиту, а також множинна медикаментозна стійкість [14].

Певні позитивні зрушення епідеміологічних показників з туберкульозу, що спостерігалися в Україні протягом останніх років, на погляд провідних фахівців, слід вважати тимчасовими через поширення епідемії ВІЛ/СНІДу і нагромадження систематичних помилок у реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 рр. [23].

© Л.Г. Авербух, О.В. Кулініч, Г.В. Корса, О.О. Недужко, К.К. Рогач, 2013

Таблиця 1. Порівняльна динаміка базових показників поширеності туберкульозу в Одеській області і в Україні за 2001—2011 рр.

Показник	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Захворюваність на всі форми:											
обл.	73,5	80,8	81,0	93,7	95,3	94,6	87,1	87,4	78,7	77,4	87,8
Україна	68,6	75,6	77,5	80,9	84,1	83,2	79,8	77,8	72,7	68,4	67,2
Захворюваність МБТ+:											
обл.	31,0	33,1	32,1	34,4	35,9	36,4	34,1	36,9	33,7	33,6	40,2
Україна	22,4	26,1	26,8	29,3	31,1	30,4	31,5	31,6	29,7	28,9	29,1
Контингент, усі форми:											
обл.	311,7	331,9	332,3	235,1*	209,1	210,0	201,7	229,6	222,7	186,7	161,3
Україна	268,9	287,4	295,9	224,9	219,1	212,3	200,6	192,1	182,7	171,8	155,1
Контингент МБТ+*:											
обл.	—	—	—	—	—	94,8	90,7	100,4	98,4	79,5	55,1
Україна	—	—	—	72,7	79,4	71,8	91,7	71,5	69,3	66,0	55,1
Смертність, МОЗ:											
обл.	17,7	16,9	17,5	26,7	28,5	21,2	22,9	22,9	16,2	15,7	13,6
Україна	17,7	16,6	17,7	21,8	24,3	21,3	21,6	21,2	17,4	15,9	14,6
Смертність, ДССУ:											
обл.	31,7	29,7	31,2	33,5	38,0	29,3	31,0	33,8	21,0	20,8	19,6
Україна	22,6	20,5	21,8	22,6	25,3	22,3	22,6	22,4	18,2	16,6	15,3

Примітка. Не наведено даних за роки, які не ввійшли в довідники.

Секретар Ради національної безпеки і оборони України А. Ключев у березні 2012 р., коментуючи внесення Кабінетом Міністрів до парламенту двох законопроектів про співпрацю України з Глобальним фондом з боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, зокрема, наголосив на тому, що туберкульоз загрожує національній безпеці України.

Захворюваність на туберкульоз у Одеській області, яка дещо знижувалася протягом попередніх років, лише за 2011 рік зросла від 77,4 до 87,8 на 100 тис. населення, тобто на 13,4 %, і перевищила середньоукраїнський показник (67,2) на 30 %. Найвищу захворюваність на всі форми активного туберкульозу за останніх 15 років зафіксовано в області у 2005 р. — 95,3 на 100 тис. населення.

Щороку реєстрували від 1,8 до 2,3 тис. нових випадків захворювання. Серед захворілих у 2011 р. 29 дітей, а відповідний показник зріс від 6,5 до 8,2 на 100 тис. дитячого населення (по Україні — 8,0), і 34 підлітки (42,6 на 100 тис. відповідного населення порівняно з 27,7 по Україні). Серед захворілих 63,5 % — люди працездатного віку, які не працюють (по Україні — 55,0 %). Показник захворюваності серед міських жителів у 2011 р. становив 81,6, серед сільських — 99,9 на 100 тис. відповідного населення (по Україні — 65,8 і 70,4 відповідно). Значно перевищує середньоукраїнські показники захворюваність на деструктивні (40,6 і 29,1 на 100 тис. населення відповідно) і бактеріальні (36,5 і 24,5) форми туберкульозу легень.

Контингент (поширеність) хворих на активні форми туберкульозу в області, починаючи від 2003 р., знизився досить значно — від 332,3 до

161,3 на 100 тис. населення у 2011 р. (по Україні — від 295,9 до 155,1), але це пов'язано з переглядом облікової тактики, втіленої за сучасними стратегічними підходами, і вірогідно не відображує реальної ситуації. На кінець 2011 р. на обліку стояло 3846 таких хворих, серед яких було 92 дітей віком від народження до 17 років. Загальний показник контингенту дітей 0—17 років, хворих на всі форми активного туберкульозу, становив на цей час 21,1 на 100 тис. дитячого населення (у 2006 — 26,1), середньоукраїнський показник дорівнював 14,2. Контингент дітей 0—14 років сягав 12,9 на 100 тис. дітей відповідної вікової групи (по Україні — 10,1).

За даними МОЗ України, смертність від туберкульозу знизилася в області від 28,3 у 2005 р. до 13,6 на 100 тис. населення у 2011 р. (по Україні — від 24,3 до 14,6), але, за даними Державної статистичної служби, її рівень, де враховано загальну кількість померлих на теренах області, щороку значно вищий. У 2011 р. він сягав 19,6 (по Україні — 15,3), а кількість померлих від туберкульозу в області була відповідно 324 (МОЗ) і 465 (ДССУ). Як побачимо далі, ці розбіжності істотно спотворюють уявлення про епідемічну ситуацію з обох інфекцій, і тільки введення загальнодержавних електронних реєстрів хворих на обидві інфекції у взаємодії дасть змогу усунути згадані розбіжності. Із померлих від туберкульозу в Україні у 2011 р. 4 дітей одна була з Одеської області. Зауважмо, що 73 % чоловіків і 70 % жінок, які померли від туберкульозу в Україні у 2010 р., мали активний працездатний вік — 18—54 роки.

Таблиця 2. Динаміка епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Одеській області за період 2001—2011 рр.

Кількість і показник	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Разом
Кількість вперше зареєстр. випадків ВІЛ-інфекції, абс.	906	1142	1185	1447	1349	1470	1704	1555	1568	2143	2080	16549
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, на 100 тис.	36,8	47,4	48,8	60,0	56,1	61,3	71,2	65,2	65,9	90,0	87,1	
Кількість захворілих на СНІД, абс.	287	357	409	388	442	251	186	179	165	461	942	4067
Захворюваність на СНІД, на 100 тис.	11,6	14,8	16,8	16,0	18,4	10,5	7,8	7,5	6,9	19,3	39,4	—
Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію, абс.	4764	*	*	*	7857	8820	9905	10 821	11 204	12 395	13 302	*
Поширеність ВІЛ-інфекції, на 100 тис. (контингент)	193,0	*	*	*	326,7	368,2	414,2	454,0	470,7	521,3	559,6	—
Загальна кількість хворих на СНІД, абс.	*	*	*	*	905	1012	1088	1172	1164	1394	1906	*
Поширеність СНІДу, на 100 тис. (контингент)	*	*	*	*	37,6	42,2	45,5	49,2	48,9	58,6	80,2	—
Кількість померлих від СНІДу (МОЗ), абс.	199	248	400	319	275	144	110	95	136	220	441	2587
Смертність від СНІДу (МОЗ), на 100 тис.	8,0	10,3	16,5	13,2	11,4	6,0	4,6	4,0	5,7	9,2	18,5	—
Кількість померлих від СНІДу (ДССУ), абс.	*	*	*	*	746	869	843	821	831	*	*	*
Смертність від СНІДу (ДССУ), на 100 тис.	*	*	*	*	31,2	36,5	35,4	34,5	34,9	*	*	—

Примітка. *Повних даних немає.

Динаміку базових показників поширеності туберкульозу в області і Україні ілюструє табл. 1.

Соціальну залежність поширеності туберкульозу нам удалося певною мірою показати шляхом порівняння її інтегрального показника з показником соціального стану територій (обчислено за розробленою нами разом із А.Д. Кріслювим методикою), яке виявило певний ступінь кореляції між ними [1, 3].

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Одеській області набула загрозливого характеру (табл. 2). Всі показники поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу в області, де перший такий випадок зафіксовано ще 1987 р., істотно і швидко зростають, значно перевищуючи середній рівень по Україні. Загалом кількість уперше зареєстрованих в області випадків ВІЛ-інфекції, починаючи від 1987 р., перевищила 20 тис., від 906 у 2001 р. зросла до 2143 у 2010-му (від 36,8 до 90,0 на 100 тис. населення), а у 2011 р. становила 2080 випадків — 87,1 на 100 тис. населення (по Україні — 21177, тобто 46,2 на 100 тис.). Важливо додати, що звертаються до обласного центру СНІДу і стають на облік далеко не всі, в кого підтверджено ВІЛ-інфікованість, і ще менша кількість систематично наглядаються і лікуються. Понад утричі (від 287 у 2001-му до 942 у 2011-му) зросла щорічна кількість хворих, у яких діагностують СНІД: показник захворюва-

ності на СНІД відповідно зріс від 11,6 до 39,4 на 100 тис. населення. По Україні він був майже вдвічі нижчим (20,1), а загальна кількість випадків дорівнювала 9189. Поширеність ВІЛ-інфекції від 193,0 за ці роки зросла до 559,6 на 100 тис. населення і перевищила показники активного туберкульозу в 3,5 разу. На кінець 2011 р. на обліку стояло 13 302 ВІЛ-інфікованих осіб. Поширеність СНІДу в області на кінець 2011 р. дорівнювала 80,2 (1906 осіб), по Україні — 41,2 на 100 тис. населення.

Померли від СНІДу, за даними МОЗ, за ці роки понад 2,5 тисячі осіб, а показник смертності від 8,0 у 2001 р. зріс до 18,5 на 100 тис. населення у 2011 р. Але, за даними державної статслужби, наприклад, у 2009 р. в області померли від СНІДу не 136 осіб (МОЗ), а 831, і відповідний показник дорівнював 34,9, а не 5,7, на 100 тис. населення, тобто у понад 6 разів перевищив звітний показник МОЗ. По Україні публікують лише показники МОЗ, він у 2009 р. становив 5,6. Ці, так би мовити, подвійні стандарти аж ніяк не сприяють утворенню чіткого уявлення про справжній обсяг обох епідемій і втрат, яких вони завдають, що передусім штучно знижує рівень зусиль і ресурсів, спрямованих на боротьбу з епідемією.

За даними інформаційних бюлетенів МОЗ, епідемію ВІЛ-інфекції на теренах України ква-

Таблиця 3. Кількість дітей і підлітків з ВІЛ/СНІДом у Одеській області в 2002—2011 рр.

Вік, роки	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Разом за 10 років
Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ											
0–14	234	246	298	292	323	480	331	275	577	494	3550
15–17	6	7	7	12	13	6	14	13	9	5	92
Кількість зареєстрованих випадків СНІДу											
0–14	14	12	8	16	4	8	4	15	34	21	136
15–17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблиця 4. Нові хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз серед усіх уперше виявлених хворих на всі форми активного туберкульозу в Одеській області за період 2001—2011 рр.

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Разом
Нові хворі на всі форми акт. ТБ	1819	1985	1973	2267	2292	2263	2077	2084	1873	1725	2087	22 445
Захворюваність на ТБ, на 100 тис. населення	73,5	80,2	81,0	93,7	95,3	94,6	87,1	87,4	78,7	77,4	87,8	—
Серед них нових ТБ/ВІЛ	49	59	67	199	207	278	256	303	330	373	475	2596
Відсоток усіх нових хворих на акт. ТБ	2,7	3,0	3,4	8,7	9,0	12,3	12,3	14,5	17,6	20,5	22,7	—
Захворюваність на ТБ/ВІЛ, на 100 тис. населення	2,0	2,4	2,8	8,2	8,6	11,6	10,7	12,7	13,9	15,7	20,0	—

ліфікують як концентровану. Однак, якщо об'єктивно оцінювати базові ознаки характеру розвитку епідемії в Одеській області, такі як рівень інфікованості ВІЛ вагітних включно з жінками, ВІЛ-позитивний статус яких встановлено ще до вагітності (2,22 %; по Україні — 1,12 %), і превалювання серед нових випадків статевим шляхом передачі ВІЛ, а також те, що в низці районів області поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом більше не залежить від наявності наркоманії в статевих партнерів, слід визнати, що епідемія в області набуває ознак генералізації, а на рівні країни — переходу в змішану стадію (наявність областей як із концентрованою, так і генералізованою епідемією).

Усе це зумовило 27-е рангове місце області в 2010-му і 26-ге — в 2011 році, за рейтингом територій України у цій сфері.

Динаміку епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу в області серед усього населення, зокрема серед дітей, наведено в табл. 2 і 3.

Таким чином, Одеська область посідає далеко не ліпше місце в країні за рівнем поширеності обох захворювань і поєднання їх.

Базові показники поширеності поєднаної патології (ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ) в області зростають щороку досить значними темпами. Достатньо сказати, що захворюваність на ко-інфекцію від 2001 р. зросла у 10 разів і лише за 2011 р. від 15,7 на 100 тис. населення підвищилася до 20,0 (по Україні — 9,1). Кількість уперше зареєстрованих хворих сягнула 475 (у 2010-му

було 373). Загалом, починаючи від 2001 р., у області зареєстровано 2596 хворих на поєднану патологію туберкульоз/ВІЛ-інфекція, а показник захворюваності зріс за ці роки від 2,0 до 22,7 на 100 тис. населення (по Україні — 9,1), кількість захворілих збільшилася від 49 у 2001 р. до 475 — у 2011 р.

Відповідно від 2,7 до 22,7 % зросла частка хворих з такою поєднаною патологією серед загальної кількості вперше взятих на облік хворих на активний туберкульоз (табл. 4). Зафіксовано також зростання загальної кількості і показника контингенту хворих на активний туберкульоз/ВІЛ — від 26,9 у 2010 р. до 28,7 у 2011 р. (по Україні — 15,3 на 100 тис. населення), а разом з носіями неактивного туберкульозу, поєднаного з ВІЛ, — від 39,3 до 44,8 (по Україні — 14,6, тобто втричі мерше).

Частка хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз серед загальної кількості хворих на активні форми туберкульозу зросла вдвічі — від 8,2 % (2004 р.) до 17,8 % (2011 р.). На кінець деяких із останніх 6 років контингент ВІЛ-інфікованих хворих з активними і неактивними формами туберкульозу разом становив від 680 до 1064 осіб (табл. 5).

Майже вдвічі за період від 2004 до 2011 р. зросла смертність хворих на туберкульоз від хвороби, зумовленої ВІЛ (від 7,8 до 14,0 на 100 тис. населення), що понад удвічі перевищує середній рівень по Україні.

Співвідношення померлих за ці 8 років від поєднаної патології (2169) і захворілих на неї

Таблиця 5. **Контингент хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз (поширеність) серед загального контингенту хворих на всі форми активного і неактивного туберкульозу в Одеській області за період 2004—2011 рр.**

Рік	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Загальна кількість хворих на всі форми активного ТБ на кінець року	5686	5029	5021	4809	5472	5302	4444	3836
Поширеність ТБ, на 100 тис. населення	235,1	209,1	210,0	201,7	229,6	222,7	186,7	161,3
Кількість хворих на ВІЛ-асоційований ТБ на кінець року	465	460	489	472	538	598	640	683
Відсоток до загальної кількості хворих на всі форми активного ТБ на кінець року	8,2 %	9,1 %	9,7 %	9,8 %	9,8 %	11,2 %	14,4 %	17,8 %
Поширеність ТБ/ВІЛ, на 100 тис. населення	19,2	19,1	20,5	19,8	22,6	25,1	26,9	28,7
Поширеність і загальна кількість ВІЛ-інфікованих хворих на активні та неактивні форми ТБ на кінець року	*	*	28,4 680	30,8 734	35,0 834	37,4 891	39,3 935	44,8 1064

Примітка. *Даних не публікували.

Таблиця 6. **Співвідношення поміж хворими, що померли від туберкульозу*, та хворими на туберкульоз, померлими від хвороби, зумовленої ВІЛ (СНІД), в Одеській області за період 2006—2011 рр.**

Рік	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Разом за 6 років	Середньо-багато-річне	Середній рівень щодо всіх померлих від ТБ, %
Померло від туберкульозу*	700	739	806	501	494	465	3705	617	100 %
Показник смертності на 100 тис. населення*	29,3	31,0	33,8	21,0	20,8	19,6	—	—	—
Хворі на ТБ, що померли від недуги, зумовленої ВІЛ	254	293	311	278	296	333	1765	294	47,6 %
Відсоток щодо кількості померлих від ТБ	36,7 %	39,6 %	38,5 %	55,4 %	59,9 %	71,6 %	—	—	47,6 %
Смертність на 100 тис. населення	10,6	12,3	13,0	11,7	12,4	14,0	—	—	—

Примітка. *За даними ДССУ.

Таблиця 7. **Хворі на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ серед усіх пацієнтів, що вибули з базових протитуберкульозних стаціонарів Одеської області в 2007, 2009 та 2010 рр.**

Рік	Назва закладу*	Вибуло загалом	%	У т. ч. ВІЛ (+)	% до усіх, що вибули	Померли загалом	У т. ч. від хвороби, зумовленої ВІЛ	Частка померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, серед усіх померлих, %	Загальна летальність тих, що вибули, %	Летальність тих, що вибули з ВІЛ (+), %
2007	ОПТД	1103	100,0	219	19,8	108	57	52,7	9,8	26,0
	ОКТЛ	1751	100,0	445	25,4	260	152	58,5	14,8	34,1
	МТЛ	970	100,0	226	23,2	221	120	54,2	22,7	53,1
	Усього	3824	100,0	890	23,2	589	329	55,8	15,4	36,9
2009	ОПТД	1250	100,0	191	15,3	105	36	34,3	8,4	18,9
	ОКТЛ	1627	100,0	215	13,2	258	112	43,4	15,8	52,1
	МТЛ	867	100,0	367	42,3	168	103	61,3	19,3	28,0
	Усього	3744	100,0	773	20,6	531	251	47,2	14,1	32,4
2010	ОПТД	1317	100,0	184	14,0	118	52	44,0	8,9	28,2
	ОКТЛ	1544	100,0	248	16,0	271	169	62,3	17,5	68,1
	МТЛ	980	100,0	408	41,6	139	85	61,2	14,2	20,8
	Разом	3841	100,0	840	21,9	528	306	58,0	13,7	36,4
Разом за три роки		11 409	100,0	2503	21,9	1648	886	53,7	14,3	35,7

Примітка. *ОПТД — облтубдиспансер, ОКТЛ — обласна клінічна тублікарня, МТЛ — міська тублікарня.

Таблиця 8. Порівняльні показники смертності і летальності від туберкульозу, ко-інфекції ТБ/ВІЛ і СНІДу різних груп хворих і населення Одеської області*

Група хворих	Кількість тих, що захворіли (вперше зареєстрованих)	Захворюваність на 100 тис. населення	Загалом хворих на кінець року	Контингент на 100 тис. населення	Померли від згаданого захворювання	Смертність на 100 тис. населення	Летальність до кількості тих, що захворіли (вперше зареєстровані)**	Летальність до загальної кількості хворих
Туберкульоз	1857	78,0	4873	204,7	497	20,9	26,7 %	10,2 %
СНІД	5149	11,2	12928	28,3	178	7,4	55,2 %	22,0 %
СНІД+ хвороби, зумовлені ВІЛ	—	—	—	—	967	40,1	—	—
ТБ/ВІЛ	351	14,8	619	26,0	287	12,0	81,7 %	46,3 %

Примітка. *Використано середні дані за 2009—2010 рр.; **термін «летальність» використано умовно, як відносний до кількості хворих, до складу якої померлі не входять.

(2421) сягнуло вкрай загрозливої цифри — 83,5 %. Відносно кількості померлих від туберкульозу цей показник становив від 23 до 72 % (до показника ДССУ) і до 102,7 % (до показника МОЗ за 2011 р.). Співвідношення кількості хворих на туберкульоз, померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, до кількості померлих від СНІДу (показник статслужби), становило в різні роки від 28 до 38 %. Загалом за період від 2006 р. в області від хвороби, зумовленої ВІЛ, померли 1765 хворих на туберкульоз, у тому числі у 2011 р. — 333 (у 2010 р. — 296) (табл. 6).

У табл. 7 наведено дані про хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ серед тих, що вибули з базових протитуберкульозних стаціонарів області за окремі роки.

Таким чином, летальність хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ серед загальної кількості хворих, що вибули з базових стаціонарів (виписаних + переведених + померлих), на яких в середньому припадав 21,9 %, дорівнювала 35,7 % і була вищою за загальну летальність тих, що вибули (14,4 %), у 2,5 рази і майже у 8 разів від окремо розрахованої летальності ВІЛ-негативних хворих на туберкульоз (4,6 %), які вибули з цих закладів за ці роки.

У табл. 8 наведено результати порівняння показників смертності і летальності від туберкульозу, СНІДу й хвороби, зумовленої ВІЛ, хворих (ко-інфекція ТБ/ВІЛ) на туберкульоз серед різних груп хворих і населення.

Досить значний досвід спостережень переконливо свідчить про те, що туберкульоз є найсерйознішою інфекцією для ВІЛ-інфікованих, що ці інфекції значно обтяжують перебіг одна одної і в переважній кількості випадків саме це поєднання призводить до смерті хворих [1, 5, 7, 16, 17, 28, 32].

Таким чином, співвідношення загальної кількості хворих на туберкульоз до кількості помер-

лих від туберкульозу становить 9,8 : 1,0, а співвідношення загальної кількості хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ до кількості померлих, хворих на туберкульоз від хвороби, зумовленої ВІЛ (СНІД), — 2,1 : 1,0.

Співвідношення кількості вперше зареєстрованих хворих на активний туберкульоз та кількості померлих від туберкульозу дорівнює 3,7 : 1,0, а загальна кількість уперше зареєстрованих хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ належить до кількості померлих, хворих на туберкульоз, від хвороби, зумовленої ВІЛ, — 1,2 : 1,0.

Помирали від СНІДу в ці роки у середньому 178 осіб (7,4 на 100 тис. населення), а співвідношення кількості вперше зареєстрованих хворих на СНІД і померлих від нього становило 28,6 : 1,0. Але якщо врахувати разом кількість померлих від СНІДу і від хвороб, зумовлених ВІЛ, то ця цифра зростає до 967 осіб, а показник смертності сягає 40,1 на 100 тис., тобто майже вдвічі перевищує такий від туберкульозу, у 3,3 рази — від ТБ/ВІЛ і у 5,4 — показник смертності від СНІДу. Тобто вирахований у такий спосіб умовний ризик смерті для хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ в 4,6 рази вищий, ніж для хворих на туберкульоз, а ризик смерті для вперше зареєстрованих хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ в 3,1 рази більший, ніж для вперше зареєстрованих ВІЛ-негативних хворих на туберкульоз. Паралельність зростання кількості випадків поєднаної патології і рівня летальності від неї підтвердили багато авторів [12, 29].

Загальна смертність населення в ці роки становила щороку 1500,0, а смертність від інфекційних захворювань — від 57,3 до 73,1 на 100 тис. населення. Місце, яке посідали туберкульоз та хвороби, зумовлені ВІЛ, серед причин смерті в області, ілюструє табл. 9.

Очевидно, що частка інфекційних хвороб і туберкульозу серед усіх причин смерті повільно зменшується, а значення хвороб, зумовлених

Таблиця 9. Туберкульоз та хвороби, зумовлені вірусом імунодефіциту людини, серед причин смертності населення Одеської області за період 2005—2010 рр.

Рік	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Загальна смертність населення	1676,0	1643,0	1629,0	1594,0	1507,0	1520,0
Смертність від деяких інфекційних та паразитарних хвороб	57,5	69,3	70,0	72,3	58,9	73,1
Частка інфекційних хвороб у загальній смертності, %	4,36	4,22	4,30	4,54	3,91	3,78
Смертність від туберкульозу	38,2	29,3	31,0	33,8	21,0	20,8
Частка туберкульозу в загальній смертності (та від інфекцій), %	2,28 (52,3)	1,79 (42,3)	1,90 (44,3)	2,12 (46,8)	1,40 (35,8)	1,37 (36,1)
Смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, %	31,2	36,4	35,4	34,5	34,9	33,4
Частка хвороби, зумовленої ВІЛ, у загальній смертності (та від інфекцій), %	1,86 (42,7)	2,22 (52,6)	2,17 (50,5)	2,16 (47,7)	2,32 (59,3)	2,20 (58,0)
Разом — туберкульоз і хвороби, зумовлені ВІЛ, у загальній смертності (та від інфекцій), %	4,15 (95,0)	4,01 (94,9)	4,07 (94,8)	4,28 (94,5)	3,72 (95,1)	3,57 (94,1)

Таблиця 10. Діти з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ серед усіх дітей віком 0—17 років, хворих на туберкульоз*, в Одеській області за 2002—2011 рр.

Рік	Захворіло на акт. туберкульоз (загалом)	У т. ч. підлітків	У т. ч. з ВІЛ (+) загалом (у т. ч. підлітків)	Контингент (загальна кількість на кінець року) загалом (у т. ч. підлітків)	У т. ч. з ВІЛ (+) загалом дітей (у т. ч. підлітків)	Померло загалом дітей (у т. ч. підлітків)	З них — від ко-інфекції ТБ/ВІЛ загалом (у т. ч. підлітків)	У т. ч. невідомих диспансеру загалом (у т. ч. підлітків)
2002	86	56	2 (0)	140 (110)	1 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)
2003	79	46	2 (0)	132 (99)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)
2004	61	38	1 (0)	111 (88)	4 (0)	—	—	—
2005	68	38	2 (0)	117 (87)	4 (0)	10 (0)	1 (0)	—
2006	68	41	5 (0)	121 (94)	5 (0)	1 (0)	1 (0)	—
2007	65	40	4 (0)	123 (98)	6 (0)	—	—	—
2008	64	39	3 (0)	137 (79)	7 (0)	—	—	—
2009	66	38	1 (0)	99 (55)	5 (0)	—	—	—
2010	59	37	7 (0)	88 (48)	10 (0)	1 (0)	—	—
2011	62	33	13 (0)	89 (43)	12 (0)	1 (0)	—	—
Разом	678	350	40 (0)	—	—	8 (0)	6	4 (0)

Примітка. *До 2006 р. підлітки не входили до вікової групи дітей.

ВІЛ, у загальній смертності та від інфекцій істотно зростає. Разом вони становили від 3,57 до 4,28 % загальної і порядку 95 % інфекційної смертності.

ВІЛ-інфекція значно підвищує ризик виникнення туберкульозу, що стосується як реалізації первинного інфікування, так і ендогенної реінфекції, екзогенної суперінфекції, рецидивів хвороби [16, 24, 29, 30].

Особливо небезпечна поєднана патологія у дитячому і передусім — у ранньому дитячому віці [6, 8, 9, 11, 19—21, 26, 28]. Переважну кількість смертельних випадків у дітей, які хворіли на туберкульоз, спричинено саме поєднаною інфекцією (табл. 10).

Перших два випадки діагностики поєднаної патології і смерті від неї у дітей зареєстровано

2002 р. То були випадки смерті дітей, про які не знали в диспансері.

Навіть незначна кількість спостережень вимагала вивчення особливостей виявлення, діагностики, клінічного перебігу, лікування туберкульозу в дітей з поєднаною патологією, які перебували у 2002—2006 рр. у дитячому відділенні Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру. Унаслідок цього з'явилася наша перша публікація з цієї тематики [4].

За період від 2002 до 2011 р. в області вперше виявлено 678 випадків захворювання на активний туберкульоз дітей 0—17 років, у тому числі — 328 дітей 0—14 років і 350 підлітків 15—17 років, що становило для підлітків від найвищого показника (47,5 у 2002 р.) до найнижчого (32,6 на 100 тис. відповідного населення у 2004 р.; у 2011 р. —

Таблиця 11. Результати диференціальної діагностики у дітей з підозрою на ВІЛ-асоційований туберкульоз, які перебували в дитячому відділенні облтубдиспансеру у період 2002—2011 р.

Рік	Загалом госпіталізовано*	У т. ч. — з підозрою на ВІЛ-асоційований туберкульоз	Не підтверджено діагнозу туберкульозу	Не підтверджено діагнозу ВІЛ-інфекції	Підтверджено діагноз ВІЛ-асоційованого туберкульозу
2002	93	8	2	3	3
2003	95	7	2	2	3
2004	101	8	3	3	2
2005	90	6	3	3	—
2006	89	7	2	2	3
2007	102	8	3	3	2
2008	95	7	1	1	5
2009	109	2	—	—	2
2010	105	9	2	1	6
2011	91	12	1	1	10
Разом	970*	74 (7,6 % госпіталізованих)	19	19	36 (3,7 % госпіталізованих)

Примітка.*Вперше і повторно.

42,6); для дітей — від найвищого (9,6 у 2001 р.) до найнижчого (6,1 у 2004 р.; у 2011 р. — 8,2).

Усі діти, яких скеровано до дитячого відділення Одеського облтубдиспансера, за інформованою згодою матерів тестували на ВІЛ-інфекцію.

Деякі труднощі, які зумовлює клінічна діагностика ВІЛ-інфекції у дітей [10, 22], значно зменшуються, коли лікар поінформований про цю інфекцію у матері хворої дитини. Клінічні вияви ВІЛ-інфекції у дітей досить різноманітні: схуднення, хронічна діарея, тривала гарячка, генералізована лімфаденопатія, кандидоз слизових оболонок рота і глотки. Досить часто спостерігаються рецидивні інфекції (отит, фарингіт тощо), кашель, генералізована висипка, неврологічні розлади, затримка розвитку, двобічне збільшення привушних слинних залоз, спленомегалія, а також збільшення печінки, рецидивний простий герпес, абсцеси, менінгіт [9, 18, 22, 26, 28].

Відомо, що позитивні результати тестування на антитіла до ВІЛ не завжди вірогідні. Так, у деяких випадках вони можуть бути у неінфікованих дітей віком до 18 міс, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, що можна пояснити виявленням у них материнських антитіл унаслідок трансплацентарного проникнення [22, 27]. Наявність ВІЛ-інфекції підтверджується в подальшому не більш як у третини таких дітей, коли заходів щодо запобігання потраплянню ВІЛ від матері не застосовували. Таким чином, діагностика ВІЛ-інфекції у дітей до 1,5 року повинна ґрунтуватися не тільки на інформації про ВІЛ-інфекцію у матері і результатах тестів на антитіла до ВІЛ, а й на клінічних виявах [22, 29]. Вирішального значення у діагностиці ВІЛ-статусу дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю,

надають результатам прямої ідентифікації вірусу в організмі дитини за допомогою ПЛР.

За період від 2002 до 2011 р. включно до дитячого відділення облтубдиспансера направлено 74 дитини з підозрою на поєднану патологію туберкульоз/ВІЛ, або 7,6 % загальної кількості дітей, госпіталізованих до відділення для діагностики та лікування (табл. 11). 27 із них переведено з інших неспеціалізованих дитячих лікувальних закладів, до яких їх госпіталізували з приводу симптомів хвороби. Батьки однієї дитини звернулися безпосередньо у тубдиспансер у зв'язку з паховим абсцесом — БЦЖитом. Решта потрапила з амбулаторного прийому у фтизіопедіатрів. Серед цих дітей було 27 народжених жінками з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, тобто з підозрою на трансплацентарну трансмісію ВІЛ у поєднанні з туберкульозом. Така «неповна» кількість пояснюється тим, що певна частина матерів приховувала інформацію про позитивний результат тесту на ВІЛ до пологів, а на початку цього періоду далеко не всіх вагітних тестували на ВІЛ. В 3 випадках пологи відбувалися поза медичним закладом, а одна мати навіть не зверталася до медичного закладу ні під час вагітності, ані пологів. В одного підлітка віком 14 років (ін'єкційний наркоман) був набутий характер інфікування. Одну дитину батьки забрали з відділення до завершення обстеження. У 7 диференціальна діагностика між туберкульозом і нетуберкульозним ураженням легень становила певні труднощі, внаслідок чого в частини випадків (після тест-терапії антибактеріальними препаратами широкого спектра дії) діагноз туберкульозу в терміни до 2 міс визнано неспіттвердженим.

Таблиця 12. Віково-статевий склад дітей з підтвердженим діагнозом ВІЛ-асоційованого туберкульозу

Вікова група	Хлопчики	Дівчатка	Разом
До року	4	—	4
1–4 роки	14	6	20
5–6 років	3	—	3
7–14 років	3	6	9
Усього	24	12	36

Таблиця 13. Клінічні форми туберкульозу у дітей з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ, які лікувалися в дитячому відділенні облтубдиспансеру

Форма	Хлопчики	Дівчатка	Разом
Туберкульоз внутрішньогрудних лімфовузлів	4	2	6
Туберкульоз плеври	1	1	2
Первинний туберкульозний комплекс	14	6	20
Дисемінований туберкульоз легень	4	1	5
Інфільтративний туберкульоз легень	—	1	1
Туберкульоз ЦНС (менінгіт)	1	1	2
Усього	24	12	36

Крім того, у 4 померлих дітей, які не перебували в диспансері, ТБ/ВІЛ діагностовано лише під час розтину. Тобто загалом діагноз ТБ/ВІЛ підтверджено у 40 дітей віком 0–14 років (до року – 4).

В однієї дитини, в якій батьки хворіли на бактеріальну форму туберкульозу, діагноз туберкульозу зняли лише через 4 міс. У випадках, коли діагноз туберкульозу не підтвердився, пневмонію виявлено у 8 дітей, пневмоцистну пневмонію – у 1, тимому (1), лімфогранулематоз – у 1, лимфоїдний інтерстиціальний пневмоніт – у 4, серозний менінгіт – у 1. Усіх ВІЛ-позитивних дітей з не підтвердженими діагнозами туберкульозу було переведено до центру СНІДу, а інших – до обласної дитячої лікарні за призначенням. Діагноз туберкульозу, асоційованого з ВІЛ-інфекцією, підтвердився у 36 дітей. Розподіл цієї групи дітей за віком та статтю на момент госпіталізації до відділення наведено у табл. 12.

Випадків поєднаної патології у підлітків не було. Міських жителів було 9, сільських – 27. 19 сімей з хворими дітьми визнано соціально неблагополучними (з фінансово неспроможними включно). Контакт з хворими на туберкульоз батьками вірогідно підтвердити вдалося лише у 14 дітей. Клінічні форми туберкульозу у дітей з

підтвердженим діагнозом поєднаної патології наведено у табл. 13.

Зауважимо, що клінічні особливості перебігу туберкульозу у тих дітей, що спостерігалися у відділенні, мало відповідали типовим для поєднаної патології, хоча зазвичай генералізовані форми діагностують на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції [12]. Лише у 5 дітей діагностовано дисемінований, у 1 – інфільтративний туберкульоз легень, у 2 – туберкульозний менінгіт, у 6 – туберкульоз внутрішньогрудних лімфовузлів, у 20 – первинний туберкульозний комплекс. МБТ за допомогою мазка виявлено у двох дітей з легеневим процесом у промивних водах шлунка і у однієї дівчинки, хворої на туберкульозний менінгіт, – з ліквору. Посів росту не дав.

Клінічні діагнози туберкульозу практично в усіх дітей з підтвердженою поєднаною патологією збігалися з діагнозами в момент направлення, встановленими фтизіопедіатрами в диспансері або під час консультації в інших лікувальних закладах.

Майже в усіх дітей з ураженням органів дихання виявляли ті або ті клінічні ознаки, притаманні туберкульозу: кашель, задишка, підвищення температури тіла понад 38 °С. У пацієнтів з ураженням ЦНС спостерігалися такі симптоми як менінгеальні знаки, судоми, коматозний стан 1-го ступеня, лихоманка. У одного хлопчика з туберкульозом не було клінічної симптоматики ураження органів дихання, але спостерігалися локальні ознаки у вигляді холодного абсцесу – БЦЖиту у пахвовій зоні, а в однієї дівчинки єдиною ознакою була підщелепна мікролімфаденопатія. У хворого на туберкульозний плеврит виявляли типові ознаки – скорочення перкуторного тону та ослаблене дихання з боку ураження.

Затримку психофізичного розвитку встановлено у 6 хлопчиків і 2 дівчаток, дефіцит маси тіла – у 5 хлопчиків і дівчинки, хворої на туберкульозний менінгіт. У хлопчика з менінгоенцефалітом спостерігалася гіпотрофія.

Під час лабораторних досліджень крові виявлено підвищення ШОЕ у 8 хворих, лейкоцитоз – у 1, ознаки анемізації (значне зменшення кількості еритроцитів, гемоглобіну, кольорового показника) були у хворих зі значним зниженням імуносупресії. У всіх пацієнтів зафіксовано значне підвищення (вдвічі) показника тимолової проби, у 9 – збільшення вмісту трансаміназ. Значних змін сечі не встановлено в жодному випадку.

Особливості рентгенологічної картини зводилися до того, що у дітей з дисемінованим процесом, а також з первинним комплексом і бронхоаденітом у фазу обсіменіння вогнищеві зміни

мали вигляд «снігової бурі». Типова «біполярність» не спостерігалася у жодному з 4 випадків первинного комплексу ні до лікування, ані у процесі розсмоктування інфільтратів. Рентгенологічна динаміка розсмоктування, ущільнення і наступної фібротизації була порівняно повільною. Розпаду не виявлено в жодному випадку. Результати туберкулінових проб Манту були позитивними у 12 дітей, зокрема у 14-річного (прищепленого) хлопчика і у 9-місячного неприщепленого, з бронхоаденітом. У інших дітей реакції залишалися негативними протягом усього періоду лікування, навіть після значного поліпшення стану, а також у хлопчика з БЦЖитом, що не повністю збігається з літературними даними [15].

Чинними відомчими нормативними документами [9] і проектами нових протоколів проведення у пологовому будинку протитуберкульозних щеплень новонароджених із позитивними результатами тестів на ВІЛ категорично заборонено. Проте чимало фахівців вважають не до кінця з'ясованим питання взаємовпливу ВІЛ-інфекції і протитуберкульозної вакцинації. На їхню думку, в більшості випадків імунізація (мабуть, новітніми вакцинами) є безпечною і вкрай потрібною для ВІЛ-інфікованих дітей [18, 22, 31].

Із наших пацієнтів поствакцинальні ознаки БЦЖ були у 7, серед них і згаданий вище 14-річний ін'єкційний наркоман. Вони отримали щеплення БЦЖ у пологовому будинку, оскільки результатів тесту на ВІЛ вчасно не було і про ВІЛ-інфікованість матері заздалегідь не знали. У хлопця розвинулися БЦЖит і туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

Протитуберкульозну терапію дітям проводили відповідно до рекомендованих схем. Використовували комбінацію з 3–4 препаратів в основну фазу і з 2–3 — у підтримувальну. Стрептоміцин застосовували 2 міс, ізоніазид, піразинамід і рифампіцин — протягом усього терміну стаціонарного лікування і на амбулаторному етапі, але у разі призначення антиретровірусної терапії з використанням Калетри (за чинними на той час рекомендаціями) рифампіцин не використовували. Усім пацієнтам призначали біостимулятори, гепатопротектори, вітамінні комплекси, гормонотерапію преднізолоном. Дозування препаратів відповідало віку, але у хворих з ураженням ЦНС дози подвоювали [18]. Для їхнього лікування також використовували симптоматичні, дезінтоксикаційні засоби, ангіопротектори. Дітям з туберкульозним менінгітом ендоліомбально вводили гідрокортизон. На жаль, антибактеріальних препаратів для ендоліомбального застосування бракує. Усі хворі

перебували під наглядом фахівця обласного центру СНІДу.

Тяжка імуносупресія спостерігалася у 6 дітей. Клінічні стадії ВІЛ фахівець СНІД-центру визначав так: 1 — 4, 2 — 4, 3 — 18, 4 — 10. Як відомо, за чинними нормативами всі випадки туберкульозу у ВІЛ-інфікованих зараховують до 4-ї клінічної стадії.

Криптоспир та пневмоцистів не виявлено в жодному випадку.

Тривалу комплексну протитуберкульозну терапію отримали всі діти. Антиретровірусну терапію, призначену до набуття чинності Протоколу лікування [7], проводили лише за погодженням з інфекціоністом обласного центру СНІДу й не раніше ніж через 2 міс після початку протитуберкульозної терапії, крім одного випадку, коли дитині почали проводити АРТ до встановлення діагнозу туберкульозу. АРТ призначали відповідно до ступеня імуносупресії та клінічної картини. Тобто до 2010 р. її отримали 5 пацієнтів, у яких рівень CD-4+ Т-лімфоцитів був нижчим за 200 кл/мл. Це були хворі на первинні комплекси, бронхоаденіт та дисемінований туберкульоз. Використовували Вірасепт, Епівір, Калетру і Ставір у комбінаціях. Для профілактики пневмоцистної пневмонії 9 пацієнтів отримували Суметролін або Бісептол. Не отримували ці препарати тільки 14-річний підліток, який самовільно перервав лікування і не став на облік у СНІД-центрі. Нині АРТ призначають усім дітям з діагнозом ТБ/ВІЛ через 2 тиж від початку протитуберкульозної терапії, незважаючи на ступінь імуносупресії.

Харчування всіх малюків було штучним, окрім одного, з несвоєчасним виявленням ВІЛ-інфекції, якого до 2 міс годували материнським молоком.

У процесі спостереження за хворими не виявили якихось істотних особливостей перебігу туберкульозу органів дихання як до початку протитуберкульозної терапії, так і під час її проведення. Дуже важливо зазначити, що певна повільність зворотного розвитку туберкульозних змін значною мірою компенсувалася після призначення АРТ.

Загалом у області за ці роки померли 8 дітей, хворих на туберкульоз, з яких 6 — від поєднаної патології (з урахуванням 4, що не перебували в диспансері, та 2 у відділенні). Померлі у відділенні — хлопчик віком 3,5 міс і дівчинка 14 міс — мали туберкульозне ураження ЦНС. Неефективність лікування цих дітей пояснюють запізненим виявленням хвороби і вкрай тяжким перебігом тубменінгіту на тлі СНІДу. Слід зазначити, що діагноз ВІЛ-інфекції у померлої дівчинки був сумнівним, бо під час повторного (у період перебування у відділенні) тестування

на ВІЛ результат був негативним, але результати розтину підтвердили діагноз СНІДу. Терміни перебування у відділенні становили: до 3 міс — 3, 3–6 міс — 23, понад 6 міс — 10.

Виписано з відділення зі значним поліпшенням незалежно від стадії ВІЛ-інфекції під диспансерний нагляд (який у визначених вище 19 випадках був украй утрудненим через асоціальний статус сімей) 28 дітей, у яких поліпшився загальний стан, збільшилася маса тіла. У однієї дитини зникли ознаки грибкового ураження шкіри. Проте інші симптоми ВІЛ-інфекції і лабораторні показники не змінилися. Вдалося підтвердити, що 16 із них перебували під амбулаторним спостереженням від 2 міс до 2,5 року, отримували сезонні курси протирецидивного лікування, а також постійно продовжували АРТ. Двоє дітей з ускладненнями успішно лікували в «Охматдиті». П'ятеро продовжують лікування у відділенні. Як зазначалося, 14-річний ін'єкційний наркоман самовільно перервав лікування. За цей час загострень процесу у виписаних не виявлено, але в одного хлопчика через 2,5 року після виписування на тлі стабільних залишкових змін туберкульозного процесу діагностовано пневмоцистну пневмонію.

ВІЛ-асоційований туберкульоз був у 14 із 36 матерів цих дітей, у 20 була тільки ВІЛ-інфекція. Статус двох жінок до кінця не з'ясовано. Треба зазначити, що отримати інформацію про призначення матерям АРТ під час вагітності складно, а часто й узагалі неможливо. Причини — запізнена діагностика незапланованої вагітності, незвернення або невчасне звернення до жіночих консультацій з цього приводу, необізнаність матерів про ВІЛ-статус і туберкульоз або побоювання розголосу, приховування цієї інформації і навіть відмова від АРТ, а також інші вияви низької загальної й санітарної культури, соціальна дезадаптованість, алкоголізм і наркоманія. У деяких випадках — низька якість супровідних медичних документів або побоювання порушень конфіденційності [2] тощо. Достеменно встановлено, що лише дві з цих жінок отримували АРТ під час вагітності й у післяпологовий період. Така обмежена інформація не дає змоги впевнено оцінювати ефективність АРТ ВІЛ-інфікованих вагітних щодо запобігання вертикальній трансмісії ВІЛ-інфекції.

Протягом 2012 р. кількість дітей з підозрою на ВІЛ-асоційований туберкульоз серед пацієнтів дитячого відділення облтубдиспансера зросла до 82. Додатково підтверджено сполучену патологію у 5 дітей, тобто їхня загальна кількість зросла до 41 дитини. Обстеження триває у 2 дітей. Але до даної вибірки їх не включено.

Особливу увагу слід звернути на ситуацію, що склалася у зв'язку з нечіткою визначеністю кола осіб, які повинні мати доступ до персональної інформації про хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію/СНІД. Це призводить до того, що про наявність у пацієнта однієї з цих хвороб або поєднання їх не знає навіть найближче оточення, що створює безпосередню загрозу їхньому здоров'ю. Це стоїть на заваді проведенню профілактичних заходів у вогнищі (туберкульозу), а лікар не може адекватно оцінювати та повноцінно лікувати хворого. Викликає сумнів і потреба в окремій інформованій згоді на тестування хворого на ВІЛ-інфекцію, особливо для дітей і підлітків, хворих на туберкульоз. На наш погляд, цілком достатньо принципової усвідомленої згоди хворого або батьків неповнолітніх дітей на співпрацю з лікарем і проведення усього комплексу клінічних та лабораторних досліджень. Виняток, мабуть, мають становити інвазивні інструментальні дослідження, на які пацієнт має погоджуватись у кожному окремому випадку. Для прикладу варто навести випадки, коли хворий на поєднану патологію туберкульоз/ВІЛ ухиляється від тестування на ВІЛ і приховує від фтизіатра відомий йому факт наявності в нього ВІЛ-інфекції. Інший приклад, коли мати хворої на туберкульоз дитини не повідомляє лікарів фтизіопедіатру про наявність у неї ВІЛ-інфекції, отримання АРТ, зокрема в період вагітності, і це не відображено у супровідних документах або документ не потрапляє до фахівця. Ще один вражаючий факт: лише у 2010 р. у пологових будинках області у 25 випадках інформацію про активну, а часом бактеріальну форму туберкульозу легень у породіль отримали уже після пологів, коли в контакт з ними вже побували інші жінки й новонароджені. Подеколи вони свідомо приховували цей факт, а в інших — не перебували під наглядом консультацій під час вагітності, ніколи не проходили профілактичного флюорографічного обстеження [2]. Слід вважати, що такі приклади в певних випадках порушують конституційне право громадян на охорону здоров'я і життя й свідчать про крайню потребу в створенні умов, за яких хоча б лікар матиме доступ до відповідних електронних баз за умови суворої відповідальності за розголошення інформації. Чинні законодавчі та підзаконні акти з цієї проблеми мають відповідати нормам п. 2 ст. 14 і пп. 1 і 2 ст. 25 Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010 р. зі змінами, внесеними Законом № 5491-VI від 20.11.2012 р. Там чітко визначено випадки обмеження дії статей цього Закону, коли йдеться про порушення прав фізичних осіб

і обмежене використання персональних даних без згоди суб'єкта в інтересах прав людини. Ці факти негативно позначаються на комплексі заходів з профілактики трансмісії інфекцій, виявленні, обліку, диспансерному спостереженні і лікуванні хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД і поєднану патологію.

Не можна ігнорувати й питання про перебіг виконання цільових загальнодержавних та регіональних програм протидії туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу. Досить того, що програмні завдання не вичерпують можливостей боротьби з подвійною епідемією, а передбачене фінансове забезпечення заходів не є достатнім, до того ж його реалізують не повністю.

Висновки

1. Динаміка і комплексна оцінка основних епідеміологічних показників не дають змоги вважати епідемічну ситуацію з туберкульозу в Одеській області стабілізованою (як це офіційно стверджують відносно України в цілому), а тим паче, констатувати зниження її напруженості. Серед захворілих значна частка несвоєчасно виявлених хворих, що пов'язано з відмовою від суцільних профілактичних флюорографічних досліджень. Спостерігається значне недофінансування програмних протитуберкульозних заходів.

2. Напруженість епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу щороку загрозливо зростає за основними показниками, а це свідчить про те, що епідемія набула в області ознак генералізації.

3. Виразну тенденцію до зростання виявляють і всі показники поширеності серед населення області поєднаної патології — ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ, зокрема і її частка серед усіх, а також уперше виявлених і померлих хворих на туберкульоз. Порівняно невелика кількість хворих на ко-інфекцію дітей не знижує гостроти проблеми, тим паче, що майже в усіх випадках смерть дітей, хворих на туберкульоз, зумовлена його поєднанням із ВІЛ.

4. Діагноз ВІЛ-асоційованого туберкульозу підтверджено у половини дітей, які потрапили до дитячого відділення облтубдиспансеру з підозрою на поєднану патологію. Перебіг процесу, рентгенологічна динаміка та наслідки лікування (зокрема й віддалені) своєчасно виявленого ВІЛ-асоційованого туберкульозу органів дихання у дітей значно не відрізнялися від таких без ВІЛ-інфекції. В усіх випадках удалося досягти стабілізації туберкульозного процесу. Не виявлено істотної залежності наслідків лікування від стадії ВІЛ-інфекції. Призначення антиретровірусної терапії підвищує швидкість

зворотного розвитку туберкульозних змін у легенях.

5. ВІЛ-асоційований туберкульоз ЦНС має тяжкий перебіг, лікування неефективне, і обидва зазначених випадки спостереження закінчилися летально.

6. Низьку ефективність комплексу заходів з профілактики трансмісії інфекцій, виявлення, обліку, диспансерного спостереження і лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД і поєднану патологію спричинює нечіткість інформаційного супроводу випадків, обігу документів, які містять персональну інформацію, що призводить, зокрема, до порушень конституційних прав людини і суперечить п. 3 ст. 10 і п. 1 ст. 25 Закону України «Про охорону персональної інформації» № 2297-VI від 1.06.2010 р. з поправками від 20.11.2012 р.

7. Спостерігається вкрай недостатній рівень освіченості населення, особливо молоді, стосовно проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу і поєднаної інфекції, культури сексуального життя, планування вагітності і небажаності вагітності та пологів для ВІЛ-позитивних жінок, а також важливості АРТ, якщо вагітність збережено.

Як рекомендації доцільно внести такі пропозиції:

1. Профільним науково-дослідним закладам:

1.1. Разом із фахівцями-юристами розробити відповідно до норм Закону про охорону персональної інформації алгоритм інформаційного обміну між учасниками процесу контролю і протидії епідеміям туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу з урахуванням прав хворих і їхнього найближчого оточення та медичної доцільності.

1.2. Остаточо вирішити питання про доцільність протитуберкульозної вакцинації сучасними рекомбінованими бустерними безпечними вакцинами дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, і у разі позитивного висновку розробити відповідні методичні рекомендації.

2. Значно посилити цілеспрямовану роз'яснювально-просвітницьку роботу серед молоді з питань підвищення культури сексуальних стосунків, шлюбу, планування вагітності, необхідності в періодичних профілактичних обстеженнях на туберкульоз, тестуванні на ВІЛ, важливості своєчасного виявлення хвороб, можливо, потреби в медичному обстеженні перед одруженням.

3. Центральним та регіональним адміністративним органам і органам охорони здоров'я надавати особливої уваги повноцінному регулярному бюджетному фінансуванню програмних заходів протидії соціально залежним інфекційним захворюванням — туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Список літератури

1. Авербух Л.Г. Туберкулёз: Этапы борьбы, обретения и потери.— Одесса: Optimum, 2005.— 350 с.
2. Авербух Л.Г., Волков А.В., Дементев С.О. Туберкулез у полового будинку: епідеміологічний аспект // Інфекційний контроль.— 2011.— № 2 (38).— С. 9–10.
3. Авербух Л.Г., Єсипенко С.В., Крісілов А.Д. та ін. Медико-соціальні аспекти епідемії туберкульозу: порівняльні дослідження // Епідеміологія, гігієна, інфекційні хвороби.— 2012.— № 2 (7).— С. 36–42.
4. Авербух Л.Г., Філюк В.В., Павлова Е. та ін. Про особливості діагностики, клінічного перебігу і лікування ВІЛ-асоційованого туберкульозу у дітей // Акт. пробл. мед. і біол.— 2007.— № 1 (35).— С. 188–197.
5. Асмолов О.К., Павлова О.В., Котлярова Т.Д. Аналіз лікарняної летальності хворих на сполучену патологію ВІЛ/СНІД з туберкульозом в обласному протитуберкульозному диспансері // Патологія.— 2000.— Т. 2, № 2.— С. 72–75.
6. Білогорцева О.І., Симоненкова Н.В., Рубан І.Л. та ін. Епідеміологічна ситуація щодо ВІЛ-інфекції та ВІЛ-асоційованого туберкульозу серед дітей та підлітків в Україні за період з 2006 по 2009 рік // Укр. пульмонол. журн.— 2011.— № 3.— С. 11–14.
7. Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ.— Копенгаген: ВОЗ, 2003.— 32 с.
8. Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у хворих на СНІД дітей (затв. Наказом МОЗ України № 206— 2006).
9. Колесник Н.С., Пушкова О.А., Онищенко Н.В. Клинические особенности туберкулеза у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией. http://www.zmsmu.com.ua/main-page/new-page/5_1.ppt.
10. Леоненко О.М. Рентгенологічні особливості туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД // Укр. пульмонол. журн.— 2005.— № 1.— С. 16– 19.
11. Лешина С.М., Кириллова Т.В., Обухова Н.Д., Фролова И.П. ВИЧ-инфекция и туберкулез у детей // Інфекції в дітей.— 2010.— № 2 (23).— С. 117– 119.
12. Нечаев В.В., Иванов А.К., Пантелеев А.М. Социально-значимые инфекции. Часть II. Микст-инфекции.— СПб: Береста, 2011.— 311 с.
13. Павлов Ю.А., Голубева Л.И. Заболеваемость туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией в учреждениях уголовно-исправительной системы в Ивановской области // Пробл. туб. и болезней лёгких.— 2005.— № 10.— С. 28–31.
14. Петренко В.І. Проблеми поєднаної інфекції туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатиту. http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/tubvil/tub11i01iTuberkulezi4i2012.pdf.
15. Поздняков С.В., Авербух Л.Г., Філюк В.В. та ін. Проблема ВІЛ-асоційованого туберкульозу в Україні та на Одещині // Інфекційні хвороби.— 2009.— № 3.— С. 5–11.
16. Поздняков С.В., Авербух Л.Г., Філюк В.В. та ін. Проблема ВІЛ-асоційованого туберкульозу в Україні та на Одещині // Інфекційні хвороби.— 2009.— № 3.— С. 5–11.
17. Поздняков С.В., Герасименко Т.В., Могилевский Л.Я. и др. Некоторые клинико-эпидемиологические особенности, влияющие на распространение ВИЧ среди больных туберкулезом // Пробл. епідеміол., діагност., клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб.— К., 2002.— С. 116–123.
18. Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов. ВОЗ. Гл. 5.— Женева, 2011.— С. 8–31.
19. Пухальская Н.С. Особенности клинического течения туберкулеза и ВИЧ-инфекции у детей // Туб., легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2011.— № 2 (5).— С. 107.
20. Речкина О.О. Причины смертности від туберкульозу дітей в сучасних умовах // Укр. пульмонол. журн.— 2009.— № 3.— С. 10–13.
21. Спиридонова Л.Г. Совершенствование подходов к выявлению и диагностике туберкулеза на территории с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 2011.— 24 с.
22. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Турченко Л.В. Туберкулез, ВІЛ-інфекція та СНІД.— К.: Здоров'я, 2004.— 196 с.
23. Фещенко Ю.І., Черенько С.О. Контроль за туберкульозом на сучасному етапі // Туб., легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2010.— № 3 (03).— С. 5–13.
24. Фролова О.П. Патогенез туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Классификации ВИЧ-инфекции. Порядок формулировки диагноза.— М., 2010.— 23 р.
25. Ход работы по обеспечению глобального доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ.— Женева: ВОЗ, 2005.— С. 18–31.
26. Adhikari M., Pillari T., Pillari D.G. Tuberculosis in the newborn an emerging disease // *Pediatr. Inf. Dis. J.*— 1997.— Vol. 16.— P. 1112–1125.
27. Datta M. Global aspects of tuberculosis in children / M. Datta, S. Swaminathan // *Paediatric Respiratory Reviews.*— 2001.— Vol. 2, N 2.— P. 91–96.
28. Drobniowski F. Is death inevitable with multiresistant TB plus HIV infection // *Lancet.*— 1997.— Vol. 349.— P. 71–72.
29. European Framework to Decrease the Burden of TB/HIV // WHO Regional Office for Europe. 5 May 2003.— 34 p.
30. Harries A., Maher D., Raviglione M. et al. ТБ/ВИЧ, клінічне керівництво // ВОЗ.— Женева, 1997.— 90 с.
31. Nechaeva O.B., Skachkova E.I., Podymova A.S. et al. Efficiency of vaccine of Calmette and Guerin immunization in children born by HIV-infected mothers (http://www.who.int/hiv/pub/imai/TB_HIVModule23.05.07.pdf).
32. Pozdnyakov S., Gerasimenko T., Mogilevskyy L. et al. Tuberculosis + HIV/AIDS + Drug Abuse Epidemic in the Ukraine // 4-th World Congress of Tuberculosis.— Washington. USA. 2002.— P. 93.
33. WHO. Tuberculosis care with TB-HIV co-management: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI). Geneva, WHO, 2007. (http://www.who.int/hiv/pub/imai/TB_HIVModule23.05.07.pdf).

Л.Г. Авербух¹, Е.В. Кулинич², А.В. Корса², А.А. Недужко¹, К.К. Рогач²

¹ГУ «Український науково-дослідницький противочумний інститут імені І.І. Мечникова МЗ України», Одеса

²КУ «Одесский областной противотуберкулезный диспансер»

Двойная эпидемия туберкулеза и ВИЧ-инфекции/СПИДа и дети, больные ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ, в Одесской области

Комплексная оценка основных показателей распространенности туберкулеза в Одесской области не позволяет считать эпидемию стабилизированной, а значительный рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией/СПИДом и смертности от нее с высоким уровнем инфицированности беременных и полового характера трансмиссии, а также увеличение смертности от болезней, обусловленных

ВИЧ, свідчать про те, що ця епідемія набула в області характер генералізованої. На такому фоні значно зросли захворюваність поєднаної патології, смертність і летальність хворих туберкульозом від неї, а також їх частота серед хворих і померлих. Було зареєстровано 36 дітей, хворих ко-інфекцією туберкульоз/ВИЧ. Клініко-рентгенологічні особливості перебігу та наслідків хвороби мало відрізнялися від таких у ВИЧ-негативних дітей, хворих туберкульозом дихальної системи, а введення АРТ прискорювало зворотнє розвиток туберкульозних змін. Тяжело протікали і закінчилися летально двоє випадків запущеного ВИЧ-асоційованого туберкульозу ЦНС. Впродовж 10 років було зареєстровано чотири випадки смерті дітей від туберкульозу, ускладненого ВИЧ, діагноз якого був встановлений лише на автопсії. Зменшення гостроти ситуації можуть сприяти посиленню цілеспрямованої роз'яснювальної роботи з даної тематики серед молоді, підвищення культури шлюбно-сексуальних стосунків, планування вагітності, покращення взаємодії між лікувальними та родовспоможувальними закладами, а комплексної проблеми подвійної епідемії — цінне бюджетне фінансування програмних заходів.

Ключові слова: туберкульоз, ВИЧ-інфекція/СПІД, ко-інфекція, діти.

L.H. Averbukh¹, O.V. Kulinich², H.V. Corsa², O.O. Neduzhko¹, K.K. Rogach²

¹Ukrainian Mechnikov Research Anti-Plague Institute, Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine

²Odessa Regional Tuberculous Dispensary, Odessa, Ukraine

The dual epidemic of TB and HIV infection/AIDS and children co-infected with TB/HIV in the Odessa Region

Comprehensive assessment of the main indicators of TB prevalence in Odessa Region does not support the evidence of HIV/TB epidemic stabilization, while a significant increase in HIV/AIDS incidence, together with high HIV seroprevalence rate among pregnant women and predominantly sexual route of HIV transmission, as well as the increase in mortality due to HIV-related diseases, suggests the generalization of HIV epidemic. Against this background, HIV/TB incidence and HIV/TB-related mortality and lethality among TB patients has substantially grown, as well as the proportion of TB patients among those who died. Thirty-six children co-infected with TB/HIV were observed in the study. Their clinical and radiographic features and disease outcomes did not substantially differ from those in HIV-negative patients with TB of respiratory system, while provision of ART to children with co-infection accelerated the regression of TB manifestations. Severe disease progression with lethal outcome was observed among two children with advanced form of HIV-associated TB of CNS. In general for the past 10-year period four cases of deaths due to TB complicated HIV infection were registered and were diagnosed only based on autopsy results. The strategies to alleviate this situation might include strengthening of targeted communication campaigns among youth, education focused on family values and the culture of responsible sexual relations, pregnancy planning, and improving information exchange between general health care and antenatal care facilities. Importantly, the complex nature of the dual TB/HIV epidemic requires widescale governmental funding of program activities.

Key words: tuberculosis, HIV infection/AIDS, co-infection, children.

Контактна інформація:

Авербух Леонід Григорович, к. мед. н., заслужений лікар України, ст. наук. співр.
65003, м. Одеса, вул. Церковна, 2/4. Тел. (0482) 32-29-76
E-mail: laverbukh@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 1 березня 2013 р.