



О.О. Недужко^{1,2}, Л.Г. Авербух¹, О.В. Постнов¹,
Т.Х. Кірьязова^{1,2}, С.В. Єсипенко³

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

² Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, Київ

³ КУ «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер»

Рекомендації щодо консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз

Мета роботи — визначити особливості та надати рекомендації стосовно консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз.

Матеріали та методи. Проаналізовано основні міжнародні рекомендації щодо надання послуг із консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз.

Результати та обговорення. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію є важливим структурним компонентом надання медичної допомоги хворим на туберкульоз. Своєчасне встановлення ВІЛ-статусу підвищує ефективність медичної допомоги хворим та забезпечує доступ до ВІЛ-сервісів у разі позитивного результату тестування.

Висновки. Надання комплексної медичної допомоги з використанням консультування і тестування з ініціативи медичного працівника є пріоритетною комбінацією в організації лікування хворих на поєднану патологію. Консультування і тестування хворих на туберкульоз передбачає певні додаткові вимоги, особливо під час післятестового консультування.

Ключові слова

ВІЛ-інфекція, туберкульоз, консультування і тестування, рекомендації.

Туберкульоз є найзагрозливішою супутньою хворобою людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Наявність ВІЛ в організмі та спричинена ним імуносупресія сприяють первинному інфікуванню, реактивації збудника туберкульозу і розвитку активної форми хвороби, а також збільшують ймовірність рецидиву. Ризик розвитку туберкульозу на тлі ВІЛ-інфекції у 21–34 рази вищий, ніж захворіти на туберкульоз у ВІЛ-негативної людини [11]. У 2010 р. у світі зареєстровано майже 1,1 млн випадків туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією [11]. За даними літератури, щонайменш третина з 34 мільйонів ЛЖВ у світі інфіковані туберкульозом та мають ризик реактивації збудника [11]. Актуальною є проблема поширення мультирезистентних та широко резистентних штамів збудника. Туберкульоз є го-

ловною причиною смерті ЛЖВ: майже чверть смертей ВІЛ-інфікованих спричинені захворюванням на туберкульоз [11]. Так, лише у 2010 р. у світі зафіксовано 350 тис. смертей з цієї причини [11]. Обстеження на ВІЛ-інфекцію пацієнтів з підозрою або з наявним захворюванням на туберкульоз та їхніх контактів (статевих або ін'єкційних) дає змогу виявити значну кількість нових випадків ВІЛ-інфекції [15]. Це пов'язано з тим, що захворюваність на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз зазвичай значно вища порівняно із загальною популяцією населення [16]. Протягом 2010 р. у світі майже 2,1 млн хворих на туберкульоз пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію [11]. Майже 46 % (понад 200 тис.) тих, у кого виявлено ВІЛ-інфекцію, почали отримувати антиретровірусну терапію (АРТ) [11].

Подальше поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні безпосередньо впливає на поширення епідемії туберкульозу. Понад 30 %

ЛЖВ в Україні одночасно хворіють на туберкульоз, і майже 40 % із них помирають від цієї недуги [2]. За 2001–2011 рр. показники захворюваності та смертності від поєднаної патології в Україні збільшилися у 10 разів [2]. Нагальними проблемами є своєчасне виявлення ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз та вчасне діагностування туберкульозу у ЛЖВ. Тому консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ) є одним із головних інструментів розв'язання цих проблем.

Мета роботи — визначити особливості й надати рекомендації стосовно консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз.

Матеріали та методи

Автори вивчили основні міжнародні рекомендації щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз. Сформульовано основні підходи та вимоги щодо нього в закладах охорони здоров'я України.

Результати та обговорення

Важливість консультування і тестування (КіТ) хворих на туберкульоз

Встановлення ВІЛ-статусу хворих на туберкульоз є важливим з кількох причин.

1. Підвищення ефективності профілактики, діагностики та лікування туберкульозу. Наявність інформації про ВІЛ-статус пацієнта впливає на тактику проведення діагностики туберкульозу і сприяє своєчасному виявленню і лікуванню хвороби [3]. Водночас інформація про ВІЛ-статус пацієнта також впливає на алгоритм лікування туберкульозу та інших ВІЛ-асоційованих хвороб [12]. Так, ВІЛ-позитивний статус хворого на туберкульоз є приводом для: а) призначення АРТ; б) відмови від препаратів, прийом яких може супроводжуватися високим ризиком побічних ефектів; в) призначення (у разі потреби) первинної профілактики котримоксазолом для запобігання опортуністичним інфекціям (ОІ) (пневмоцистна пневмонія, токсоплазмозний енцефаліт та ін.); д) відмова від застосування рифампіцину у комбінації з препаратами АРТ класу інгібіторів протеази для лікування осіб, які отримують замісну підтримувальну терапію (ЗПТ) метадоном [1, 10, 12, 15]. Крім того, ВІЛ-позитивні пацієнти з підтвердженим діагнозом туберкульозу можуть за потреби дістати доступ до хіміопрофілактики туберкульозу ізоназидом [10].

2. Виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції у партнерів хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз. КіТ статевих та/або ін'єкційних партнерів осіб, хворих на туберкульоз, за умов розкриття ВІЛ-статусу та довірливих стосунків

між партнерами поліпшує готовність партнерів до сприйняття власного ВІЛ-статусу, сприяє залученню їх до отримання медичних послуг, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, та підвищує прихильність до АРТ [6].

3. Забезпечення доступу до ВІЛ-сервісів для осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію. Значна кількість ЛЖВ не знає про свій ВІЛ-статус і тому звертається по медичну допомогу до загальної мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які не надають спеціалізованого лікування ВІЛ-інфікованим особам, або взагалі не перебуває під медичним наглядом. КіТ дає змогу забезпечити цим особам доступ до безперервного циклу надання допомоги з профілактики, лікування, догляду та підтримки з приводу ВІЛ-інфекції й туберкульозу, зокрема у спеціалізованих ЗОЗ [16]. Забезпечення хворим на туберкульоз доступу до ВІЛ-сервісів у поєднанні з ефективним наданням їм медичної допомоги у зв'язку із захворюванням на туберкульоз сприяє збільшенню тривалості життя пацієнтів, поліпшенню якості життя та зменшенню смертності [10].

4. Отримання епідеміологічних даних щодо ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Рутинний та дозорний епіднадляди щодо поширеності ВІЛ-асоційованого туберкульозу дають змогу з'ясувати тенденції розвитку цієї патології, розробити заходи з подолання проблеми та контролювати ефективність упровадження їх [16]. Епіднадгляд за ВІЛ-асоційованим туберкульозом має впроваджуватися незалежно від рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед населення [16]. У країнах з концентрованою епідемією ВІЛ-інфекції, до яких наразі належить Україна, рутинний епіднадгляд за ВІЛ-інфекцією серед хворих на туберкульоз рекомендовано проводити з урахуванням належності хворих до так званих груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ [16].

Принципи надання послуг КіТ хворим на туберкульоз

КіТ має бути невід'ємним компонентом надання медичної допомоги хворим на туберкульоз [3, 7]. До- та післятестове консультування хворих на туберкульоз мають проводити з дотриманням загальних вимог Національного порядку КіТ. Консультувати перед та після тесту на ВІЛ-інфекцію можна як у протитуберкульозних закладах (диспансерах, лікарнях, санаторіях), так і в ЗОЗ інших типів. Наприклад, виявляють хворих на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію в ЗОЗ загальної мережі або у регіональних центрах СНІДу; діагноз туберкульозу встановлюють

у спеціалізованих протитуберкульозних лікувальних закладах, а ВІЛ-інфекцію діагностують у ЗОЗ, які здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими (центри СНІДу, кабінети «Довіра») [1].

Під час КіТ на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз мають бути забезпечені головні принципи надання цієї послуги: конфіденційність, безоплатність, надання особі консультування у зв'язку з тестуванням та отримання від неї добровільної інформованої згоди на проведення тестування [4]. Протягом дотестового консультування пацієнт має право відмовитися від тестування [5]. У цьому разі його буде позбавлено доступу до медичних послуг, пов'язаних з обізнаністю лікаря про ВІЛ-статус пацієнта. Вкрай важливо завжди дотримувати цих принципів під час КіТ хворих на туберкульоз [10] незалежно від підходів до КіТ, які при цьому застосовують [12].

Хворі на туберкульоз мають бути забезпечені постійним доступом до послуг із КіТ [16]. Бажаючи, щоб КіТ проводили у день звернення особи до ЗОЗ; завдяки використанню швидких тестів (ШТ) для діагностики ВІЛ-інфекції можна в той самий день отримати результат тестування на ВІЛ-інфекцію та післятестове консультування [10]. Надання послуг з КіТ тим самим фахівцем, що лікує туберкульоз, та проведення тестування у тому ж самому закладі, де лікують хворого на туберкульоз, значно розширює охоплення хворих тестуванням на ВІЛ-інфекцію. Якщо це неможливо, слід узяти кров та відправити її до іншого закладу.

Під час КіТ хворих на туберкульоз потрібно враховувати особливості цієї групи населення. Незалежно від стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країні рекомендують проводити КіТ у всіх вікових групах населення серед осіб із підозрою на туберкульоз [4, 16] та серед пацієнтів з підтвердженим діагнозом туберкульозу [3]. Найчастішими симптомами, які можуть свідчити про туберкульоз, є: кашель сухий або з виділенням мокротиння понад 2 тижнів; біль у грудній клітці, пов'язаний з диханням; кровохаркання, легенева кровотеча; фебрильна і субфебрильна температура тіла; схуднення, втрата апетиту, потіння вночі; слабкість [1, 8]. КіТ є особливо важливим для груп населення з високим рівнем інфікованості ВІЛ, насамперед для споживачів ін'єкційних наркотиків [3]. Програми з контролю за поширенням туберкульозу мають забезпечувати ідентифікацію та надання послуг наркоспоживачам або мати систему перенаправлення їх до наркологічної служби з метою забезпечення доступу цих осіб до послуг з лікування наркозалежності та до ЗПТ [8, 12]. У разі пози-

тивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію хворого на туберкульоз важливо запропонувати КіТ його дітям та партнеру/ам з подальшим узгодженим розкриттям ВІЛ-статусу між партнерами [13, 16]. КіТ дітей осіб, хворих на туберкульоз, мають проводити з використанням відповідних алгоритмів обстеження, специфічних щодо їхнього віку та за інформованою згодою батьків або законних представників дітей, якщо їхній вік не перевищує 14 років. Загалом же КіТ має бути сфокусованим на дотриманні інтересів родини та дитини [9].

Програми з контролю над поширенням туберкульозу мають обов'язково містити компоненти з КіТ [16] та використовувати сучасні стратегії протидії ВІЛ-інфекції, спрямовані на запобігання передачі інфекції статевим, ін'єкційним та вертикальним шляхами, а також забезпечувати перенаправлення та взаємодію зі службою ВІЛ/СНІДу [5].

Особливості хворих на туберкульоз у зв'язку з проведенням КіТ

1. Соціальні особливості. Серед хворих на туберкульоз спостерігається високий відсоток осіб, які: а) перебували у місцях позбавлення волі; б) не мають постійного місця проживання/сім'ї/родичів/працевлаштування; в) мають низький рівень культури/освіти/обізнаності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу; г) практикують ризиковану поведінку; д) належать до груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ. До чинників соціального ризику також належать поширені випадки стигматизації та дискримінації з боку суспільства.

2. Особливості медичного характеру. Серед численних чинників, пов'язаних з особливостями перебігу, діагностики, лікування, профілактики туберкульозу та надання інших послуг залежно від результату тестування, переважають: а) часто тяжкий стан пацієнтів на час звернення; б) крайня потреба в тривалому лікуванні та медичному спостереженні; в) гірший прогноз у лікуванні ВІЛ-асоційованого туберкульозу, якщо лікар, а іноді й сам пацієнт, не обізнані про ВІЛ-статус пацієнта; г) значна поширеність атипичних, олігобацилярних та позалегенових форм туберкульозу на тлі ВІЛ-інфекції, що ускладнює його діагностику; д) потреба в складних методах діагностики/лікування; е) можливість виникнення етичних та психологічних проблем.

Підходи до проведення КіТ

Рівень охоплення населення тестуванням на наявність ВІЛ-інфекції можна значно збільшити завдяки переходу від моделі добровільного кон-

сультування і тестування (коли бажання пройти КіТ висловлює сама особа, яка отримує так звану *опцію входу* до цієї послуги) до моделі тестування і консультування з ініціативи медичного працівника (йдеться про *опцію виходу*). У поєднанні із запровадженням КіТ у стандартний комплекс обстеження хворого та спрощенням процедури консультування це дасть змогу пропонувати і отримувати згоду на проведення тестування більшої кількості пацієнтів порівняно з тими, які самі вирішили пройти їх. На наш погляд, оптимальним і достатнім може бути отримання загальної усвідомленої згоди пацієнта або батьків/законних представників неповнолітніх дітей на співпрацю з лікарем і проведення усього комплексу клінічних і лабораторних досліджень, за винятком інвазивних інструментальних досліджень, на які пацієнт має погоджуватися в кожному окремому випадку. Незалежно від моделі, що використовують, належить дотримуватися головних принципів проведення КіТ, зокрема права пацієнта на відмову від тестування [4].

Підхід тестування і консультування з ініціативи медичного працівника (ТКІМП) рекомендований для рутинного використання як складової частини алгоритму надання медичної допомоги особам, що звертаються до ЗОЗ загального профілю та/або спеціалізованих ЗОЗ. Пріоритетність використання підходу в окремих ЗОЗ залежить насамперед від стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країні. У разі концентрованої епідемії ВІЛ-інфекції підхід ТКІМП рекомендовано для використання у спеціалізованих ЗОЗ: протитуберкульозного, шкірно-венерологічного, наркологічного профілю, жіночих консультаціях та закладах із планування сім'ї [5].

Система перенаправлення та взаємодії

Наявність системи перенаправлення та взаємодії між фтизіатричною та ВІЛ/СНІД службами є необхідною складовою надання послуг КіТ хворим на туберкульоз [5]. При цьому важливими є координація, обмін інформацією та створення спільної політики дій між цими службами. Наявність стандартної процедури перенаправлення із ЗОЗ туберкульозного профілю до ЗОЗ служби ВІЛ/СНІДу, психологічна підтримка хворих на усіх етапах та тестування їхніх партнерів є головними складовими цієї політики. Усім хворим з діагнозом ВІЛ-інфекції належить забезпечити доступ до профілактичних, діагностичних та лікувальних послуг, пов'язаних із цим статусом [16]. Такі послуги можна пропонувати як компонент програм контролю над туберкульозом або шляхом ефективної переадресації до закладу служби ВІЛ/СНІДу [16].

Під час перенаправлення пацієнта потрібно поінформувати його про те, куди, коли, яким чином і до кого саме слід звернутися по допомогу. Доцільно, щоб медичний працівник за згодою та в присутності пацієнта зв'язався з відповідальною особою служби ВІЛ/СНІДу і домовився про час прийому [5]. Бажано організувати супровід ВІЛ-інфікованих, які хворіють на туберкульоз, але не становлять епідеміологічної небезпеки, до закладів ВІЛ/СНІДу. Цю функцію можуть виконувати лікар, медична сестра, соціальні працівники, психологи, а також представники неурядових організацій, у тому числі за принципом «рівний-рівному» [1]. У разі бактеріовиділення потрібно залучати фахівців ЗОЗ, які здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими, для призначення обстеження та лікування таких хворих у протитуберкульозних закладах.

Щоб уникнути збоїв у процесі перенаправлення пацієнта, працівники організацій, що співпрацюють у сфері надання протитуберкульозних та ВІЛ/СНІД-сервісів, мають систематично обмінюватися інформацією про кадрові або процедурні зміни [5].

Роль неурядових організацій

Неурядові організації (НУО), які опікуються проблемами хворих на ВІЛ-інфекцію та/або туберкульоз, здатні суттєво підвищити ефективність надання безперервної медичної допомоги хворим на туберкульоз на всіх етапах [1, 8]. Компонентами роботи НУО можуть бути:

1. Сприяння ранньому виявленню туберкульозу у клієнтів, які отримують інші послуги в НУО. Швидке встановлення клієнтів із відповідними симптомами за допомогою стандартного опитувальника.

2. Забезпечення переадресації та супровід клієнтів із симптомами, підозрілими на туберкульоз, до закладів фтизіатричного профілю для подальшого обстеження, зокрема на ВІЛ-інфекцію.

3. Створення структурних елементів надання комплексної допомоги хворим на туберкульоз або ВІЛ-асоційований туберкульоз. При цьому пацієнт, який проходить амбулаторне лікування туберкульозу, може отримувати інші послуги на базі НУО, або у разі стаціонарного лікування хворого представники НУО можуть надавати послуги на базі ЗОЗ. Для цього належить створити ефективну систему переадресації та отримання зворотного зв'язку [10]. НУО можуть надавати такі послуги: а) безплатна роздача презервативів та надання інформації з профілактики інфікування ВІЛ/ПСПШ і трансмісії туберку-

льозу; б) надання психологічної та емоційної підтримки; в) робота з формування та збереження прихильності до лікування; г) допомога ЗОЗ фтизіатричного профілю у супроводі хворих до інших служб; д) надання послуг членам родини хворого; інші.

Моделі надання комплексних послуг з ВІЛ-інфекції та туберкульозу

Медичні працівники ЗОЗ фтизіатричного профілю можуть надавати до-/післятестове консультування та проводити тестування на ВІЛ-інфекцію. КіТ у таких ЗОЗ є ефективнішим порівняно з перенаправленням пацієнта в інші заклади для проходження цієї процедури і сприяє тому, щоб якомога більша частина хворих на туберкульоз отримала цю послугу. У багатьох ЗОЗ можна також використовувати групове дотестове інформування [13].

Існують три основні моделі надання комплексних послуг з ВІЛ та туберкульозу [16].

1. Залучення пацієнта до протитуберкульозних сервісів та перенаправлення до служби ВІЛ/СНІД. У межах цієї моделі пацієнт, що отримує медичну допомогу у закладах протитуберкульозного профілю, може бути перенаправлений до ЗОЗ служби ВІЛ/СНІД, де пропонують послуги з КіТ із подальшим (у разі потреби) доступом до послуг з терапії, догляду та підтримки ЛЖВ. Ця модель потребує мінімальної логістики для впровадження й незначних фінансових витрат; вона може бути реалізована шляхом тренінгів для представників обох служб, модифікації системи обліку та перенаправлення, а також зміцнення системи взаємодії шляхом регулярних робочих зустрічей представників служб. Головним недоліком цієї моделі є висока ймовірність «втрати» пацієнта із циклу надання безперервної допомоги у разі неефективної переадресації: пацієнт може не звернутися по КіТ та/або не повернутися до протитуберкульозного закладу. Ця модель неприйнятна у разі високого рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед загального населення, коли обидва види послуг мають бути інтегрованими і взаємопов'язаними.

2. Залучення пацієнта до протитуберкульозних сервісів, проведення КіТ у межах цих сервісів та перенаправлення до служби ВІЛ/СНІДу у разі позитивного результату тестування. Залежно від нормативно-правової регуляції ця модель може потребувати додаткових приміщень та персоналу для проведення КіТ. Недоліком її є також ризик того, що пацієнт з позитивним результатом тестування не звернеться до ВІЛ-сервісів.

3. Протитуберкульозні і ВІЛ-сервіси надають комплексно (одночасно, в одному й тому ж са-

мому місці). Ця модель передбачає низку заходів із надання пацієнт-орієнтованої допомоги одним і тим самим медичним працівником протягом одного візиту: так званий сервіс під одним дахом. Вона може поєднувати повний комплекс протитуберкульозних та ВІЛ-сервісів, зокрема одночасну діагностику туберкульозу і ВІЛ-інфекції. Є найефективнішою на територіях із високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції; забезпечує можливість надання послуг із залученням меншої кількості медичних працівників, уникає потреби в перенаправленні та пропонує координованішу допомогу пацієнтам. Використання цієї моделі також підвищує ефективність лікування туберкульозу і сприяє своєчасному призначенню АРТ. Недоліком її є ймовірність нозокоміальної трансмісії збудника туберкульозу, особливо серед осіб з ВІЛ-імуносупресією. Однак певний ризик первинного інфікування або суперінфікування туберкульозом пацієнтів і працівників ЗОЗ існує й у разі використання інших моделей, і пов'язаний він більше з несвоєчасним виявленням туберкульозу та недотриманням заходів інфекційного контролю над його поширенням. Отже, належний інфекційний контроль та своєчасна діагностика туберкульозу є складовими профілактики поширення цієї хвороби, які мають використовуватися в усіх означених моделях. Кожний консультант повинен бути обізнаним стосовно того, як захистити себе та інших від інфікування ВІЛ та туберкульозом у процесі виконання професійних обов'язків.

Вимоги до консультантів

Консультування хворих на туберкульоз має проводити лікар-фтизіатр, який лікує даного пацієнта, або інший добре обізнаний в питаннях туберкульозу медичний працівник (лікар, психолог, медична сестра), який підтримує постійний зв'язок із лікарем пацієнта. Проведення консультування лікарем-фтизіатром, який спостерігає даного хворого у протитуберкульозному закладі, має істотні переваги:

- 1) забезпечує більше можливостей для проведення КіТ та отримання результату тестування;
- 2) гарантує вищий рівень конфіденційності інформації за рахунок меншої кількості осіб, задіяних у проведенні КіТ та обміні інформацією;
- 3) підвищує рівень довіри пацієнта до свого лікаря, який одночасно встановлює діагноз і лікує;
- 4) створює умови для ефективнішої взаємодії «пацієнт—лікар», зокрема для зниження ризику інфікування ВІЛ/ІПСШ/суперінфекції ВІЛ, планування сім'ї, формування прихильності до лікування за рахунок можливості

проведення повторних консультивань/тестувань під час тривалого лікування з приводу туберкульозу;

- 5) забезпечує отримання всіх послуг «на місці», що сприяє безперервності лікувального процесу.

Особливості дотестового консультивання

Головною метою дотестового консультивання є отримання від хворого на туберкульоз інформованої згоди на проведення тестування на ВІЛ-інфекцію. Для цього потрібно надати пацієнтові всю належну інформацію з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу і допомогти усвідомити важливість знання власного ВІЛ-статусу, насамперед задля ефективного подальшого лікування. Крім загальних вимог Національного порядку КіТ, консультант під час дотестового консультивання має:

- 1) обговорити високу ймовірність виявлення ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз, а також вплив несвоєчасного виявлення ВІЛ-інфекції на прогресування обох захворювань та можливий негативний прогноз;
- 2) надати інформацію стосовно переваг знання свого ВІЛ-статусу (як негативного, так і позитивного) для проведення діагностики, терапії та профілактики обох інфекцій;
- 3) пояснити, що відмова від тестування не вплине на доступ до інших медичних послуг, які не пов'язані з обізнаністю лікаря про ВІЛ-статус пацієнта;
- 4) вказати на потребу в утриманні від донорства або забезпечити відсторонення від донорства.

Особливості тестування

Медичні працівники зобов'язані пропонувати КіТ як стандартний компонент надання медичної допомоги усім хворим на туберкульоз (незалежно від форми) та усім тим, хто звернувся або спостерігається у ЗОЗ протитуберкульозного профілю. Обстеження на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз або осіб із підозрою на це захворювання бажано проводити з використанням тестових систем для одночасного визначення антитіл до ВІЛ-1/2 та р24 антигену ВІЛ, зокрема ШТ четвертого покоління. Окрім загальновідомих плюсів, використання ШТ має низку додаткових переваг саме у контексті обстеження хворих на туберкульоз: а) дає змогу швидко отримати результат та за потреби раніше звернутися до служби ВІЛ/СНІД; б) дає змогу виконувати дослідження медичному працівнику з мінімальною підготовкою, що сприяє організації комплексних сервісів; в) забезпечує візуалізацію результату пацієнтові (демонстрацію тестової

системи з результатом тестування). Це збільшує рівень довіри пацієнта до діагнозу, що особливо важливо протягом тривалого лікування з приводу туберкульозу [5, 12, 13].

З урахуванням постійного зростання доступності АРТ неанонімне (конфіденційне) КіТ хворих на туберкульоз має істотні переваги перед анонімним, адже його результат можна зв'язати з окремим пацієнтом, і таким чином забезпечити йому вчасний доступ до терапії ВІЛ-інфекції [14].

Тестування на ВІЛ-інфекцію бажано проводити паралельно з виконанням інших діагностичних процедур, пов'язаних із туберкульозом [9], як-то забір зразків харкотиння, клінічне та біохімічне дослідження крові й рентгенологічне дослідження [12]. Тестування на ВІЛ-інфекцію пропонують хворим на туберкульоз кожних 6 міс у разі негативного результату попереднього тестування.

Особливості післятестового консультивання

Метою післятестового консультивання хворого на туберкульоз є: повідомлення йому про результат тестування на ВІЛ-інфекцію, а також, у разі позитивного результату, надання психологічної підтримки; забезпечення взяття під медичний нагляд у закладах служби профілактики та боротьби зі СНІДом; розробка плану лікування ВІЛ-асоційованого туберкульозу та зміни поведінки пацієнта на період лікування й після нього. Особливістю такого консультивання є потреба наголосити на важливості профілактичних заходів, дотримання режиму лікування незалежно від ВІЛ-статусу та на доцільності подальшого періодичного отримання послуг КіТ у разі ВІЛ-негативного статусу. Інтенсивніше післятестове консультивання може бути забезпечено шляхом повторних візитів консультанта до закладу, де перебуває пацієнт, а також зусиллями НУО [13]. Крім загальних вимог міжнародних рекомендацій та Національного порядку КіТ, залежно від результату, консультант під час післятестового консультивання має дотримувати низки додаткових вимог.

У разі *негативного результату тестування на ВІЛ-інфекцію* належить:

1. Поінформувати пацієнта про те, що туберкульоз – виліковна хвороба і наслідки лікування залежать від дотримання відповідних рекомендацій лікаря (стосовно лікування, харчування, фізичної активності, відмови від шкідливих звичок) та від забезпечення профілактики інфікування ВІЛ.
2. Наголосити на доцільності подальшого періодичного КіТ згідно з рекомендаціями лікаря.

3. Поінформувати про засоби профілактики трансмісії туберкульозу.
4. Рекомендувати планування вагітності лише після завершення обстеження та лікування туберкульозу й після консультації з лікарем.
5. Обговорити можливі та наявні соціальні наслідки захворювання (працевлаштування, страхування та ін.).
6. Надати відповідну друковану інформацію з профілактики та лікування ІПСШ/ВІЛ-інфекції/туберкульозу.

У разі *позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію* слід:

1. Поінформувати про те, що туберкульоз – виліковне захворювання, і наслідки лікування залежать від подальшого перебігу ВІЛ-інфекції, дотримання пацієнтом відповідних рекомендацій лікаря (стосовно лікування, харчування, фізичної активності), своєчасного звернення та отримання ВІЛ-сервісів, відмови від шкідливих звичок та від профілактики суперінфекції (повторного інфікування ВІЛ).
2. Обговорити особливості перебігу туберкульозу у ЛЖВ та особливості лікування.
3. Обговорити можливі та наявні соціальні наслідки захворювання.
4. Обговорити можливість отримання інших послуг після одужання від туберкульозу.
5. Рекомендувати планування вагітності лише після завершення обстеження та лікування туберкульозу й консультації з лікарем.
6. Поінформувати про засоби профілактики трансмісії туберкульозу і ВІЛ-інфекції.
7. Надати відповідну друковану інформацію щодо профілактики та лікування ІПСШ/ВІЛ/туберкульозу.
8. Якщо хворий є донором, забезпечити його відсторонення від донорства.
9. Забезпечити взяття пацієнта під медичний нагляд у закладах служби профілактики та боротьби зі СНІДом.

За *невизначеного (сумнівного) результату тестування на ВІЛ-інфекцію*:

1. Наголосити на важливості завершення обстеження.
2. Поінформувати про те, що туберкульоз – виліковне захворювання і наслідки лікування багато в чому залежать від остаточного встановлення ВІЛ-статусу (проведення додаткових досліджень), дотримання відповідних рекомендацій лікаря (щодо лікування, харчування, фізичної активності та відмови від шкідливих звичок).

3. Обговорити можливі та наявні соціальні наслідки захворювання.
4. Обговорити можливість отримання інших послуг після одужання від туберкульозу.
5. Рекомендувати планування вагітності лише після завершення обстеження та лікування туберкульозу та консультації з лікарем.
6. Поінформувати про засоби профілактики трансмісії туберкульозу.
7. Надати відповідну друковану інформацію з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/туберкульозу.

Висновки

Проведення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз дає змогу підвищити ефективність медичної допомоги пацієнтам та забезпечити доступ до сервісів, надання яких можливе лише за умов обізнаності медичного працівника про ВІЛ-статус пацієнта. Обстеження статевих та ін'єкційних партнерів хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз та отримання повної епідеміологічної картини стосовно нових випадків ВІЛ-інфекції, туберкульозу та поєднаної патології також є чинниками, що диктують потребу в широкому обстеженні пацієнтів у ЗОЗ фтизіатричного профілю.

Конфіденційність, добровільність та безоплатність є головними принципами КіТ, яких повинні дотримувати у всіх без винятку ЗОЗ. КіТ з ініціативи медичного працівника є оптимальним підходом під час обстеження на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз. Бажано, щоб КіТ проводили у день звернення особи до ЗОЗ; також завдяки використанню ШТ бажано забезпечити отримання результату тестування в день його проведення. Надання послуг з КіТ тим самим фахівцем, що лікує з приводу туберкульозу, та тестування у тому ж самому закладі, де лікують хворого на туберкульоз, значно розширює охоплення пацієнтів тестуванням на ВІЛ-інфекцію. КіТ на ВІЛ-інфекцію мають пропонувати усім хворим на туберкульоз та пацієнтам із підозрою на це захворювання. Соціальні й медичні особливості пацієнтів протитуберкульозних ЗОЗ мають бути враховані під час проведення КіТ на ВІЛ-інфекцію.

Модель надання комплексних протитуберкульозних і ВІЛ-сервісів (одночасно у одному й тому ж самому місці) є найефективнішою. Діяльність неурядових організацій здатна істотно поліпшити систему надання безперервної медичної допомоги хворим на туберкульоз на усіх етапах.

Список літератури

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію» від 28.05.08, № 276.
2. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2001–2011 роки.— К.: МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України, 2012.— 111 с.
3. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International Standards for Tuberculosis Care (2nd ed.).— San Francisco, 2006.— 58 p.
4. UNAIDS, WHO. Policy Statement on HIV Testing. 2004 [Електронний ресурс] Режим доступу: http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_en.pdf.
5. WHO, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities.— Geneva, 2007.— 58 p.
6. World Health Organization. Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples.— Geneva, 2012.— 44 p.
7. World Health Organization. Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extra-pulmonary tuberculosis among adults and adolescents: recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings.— Geneva, 2007.— 37 p.
8. World Health Organization. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach.— Geneva, 2008.— 58 p.
9. World Health Organization. Policy requirements for HIV testing and counselling of infants and young children in health facilities.— Geneva, 2010.— 22 p.
10. World Health Organization. TB/HIV Clinical Manual (2nd edition).— Geneva, 2004.— 211 p.
11. World Health Organization. TB/HIV fact sheet 2011 [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.who.int/tb/publications/TBHIV_Facts_for_2011.pdf.
12. World Health Organization. Treatment of Tuberculosis: guidelines for national programmes (4th edition).— Geneva, 2010.— 148 p.
13. World Health Organization. Tuberculosis care with TB-HIV co-management: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI).— Geneva, 2007.— 104 p.
14. World Health Organization. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook (2nd ed.).— Geneva, 2011.— 310 p.
15. World Health Organization. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders (Annexes for webposting and CD-Rom distribution with the policy guidelines).— Geneva, 2012.— 40 p.
16. World Health Organization. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders.— Geneva, 2012.— 36 p.

А.А. Недужко^{1,2}, Л.Г. Авербух¹, А.В. Постнов¹, Т.Х. Кирязова^{1,2}, С.В. Есипенко³

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

²Український інститут досліджень політики относительно общественного здоровья, Киев

³КУ «Одесский областной противотуберкулезный диспансер»

Рекомендации по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию больных туберкулезом

Цель работы — определить особенности и предоставить рекомендации в отношении консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию больных туберкулезом.

Материалы и методы. Проанализированы основные международные рекомендации по предоставлению услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию больных туберкулезом.

Результаты и обсуждение. Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию является важным структурным компонентом оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Своевременное установление ВИЧ-статуса повышает эффективность оказания медицинской помощи больным и обеспечивает доступ к ВИЧ-сервисам в случае положительного результата тестирования.

Выводы. Предоставление комплексной медицинской помощи с использованием консультирования и тестирования по инициативе медицинского работника является приоритетной комбинацией в организации лечения больных сочетанной патологией. Консультирование и тестирование больных туберкулезом предусматривает определенные дополнительные требования, особенно во время послетестового консультирования.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, консультирование и тестирование, рекомендации.

O.O. Neduzhko^{1,2}, L.G. Averbukh¹, O.V. Postnov¹, T.K. Kiriazova^{1,2}, S.V. Esipenko³

¹SI «I.I. Mechnikov Ukrainian Anti-Plague Research Institute of Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Ukrainian Institute of Public Health Policy, Kyiv, Ukraine

³Odesa Regional Tuberculosis Dispensary, Odesa, Ukraine

Recommendations on HIV counseling and testing among tuberculosis patients

Objective – to determine the features and to provide recommendations regarding HIV counseling and testing among TB patients.

Materials and methods. Analyzed the main international guidelines for the provision of counseling and testing for HIV patients with tuberculosis.

Results and discussion. HIV counseling and testing is an important structural component of medical care for tuberculosis patients. Timely identification of HIV status improves the effectiveness of medical care and ensures patients access to HIV services in case of positive HIV test result.

Conclusions. The provision of integrated medical care using provider-initiated HIV testing and counseling approach is a priority combination in organization of treatment of patients with co-morbidity. HIV testing and counseling among TB patients has some additional requirements to address, especially during the post-test counseling procedure.

Key words: HIV, tuberculosis, counseling and testing, recommendations.

Контактна інформація:

Недужко Олександр Олександрович, наук. співр.
65003, м. Одеса, вул. Церковна, 2/4. Тел. (0482) 30-95-51
E-mail: oleksandr_neduzhko@yahoo.com

Стаття надійшла до редакції 26 лютого 2013 р.