



Р.Г. Процюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

## Актуальні питання ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД в Україні

Проаналізовано епідемічну ситуацію з туберкульозу, ВІЛ-інфекції (СНІДу) та ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД в Україні станом на 01.01.2015 р. За останніх п'ять років в Україні зменшилися захворюваність на ТБ (вперше зареєстровані хворі + рецидиви) на 14,3 % (від 82,3 на 100 тис. населення, або 35080 осіб, у 2010 р. до 70,5 на 100 тис. населення, або 30236 осіб, у 2014 р.) та смертність на 26,5 % (від 16,6 на 100 тис. населення, або 7621 особу, у 2010 р. до 12,2 на 100 тис. населення, або 5240, у 2014 р.). Залишається високою захворюваність на ВІЛ-інфекцію: у 2012 р. виявлено 19410 ВІЛ-інфікованих (44,9 на 100 тис. населення), у 2014 р. – 19273 (44,8 на 100 тис. населення), темп приросту – 0,2 %. Захворюваність на СНІД зросла на 10,1 % (від 20,8 на 100 тис. населення, або 8945 осіб, у 2013 р. до 22,9 на 100 тис. населення, або 9844 особи, у 2014 р.). Смертність зросла на 1,8 % (від 7,8 на 100 тис. населення, або 3367 осіб, у 2013 р. до 8,0 на 100 тис. населення, або 3426 осіб, у 2014 р.). Захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у 2014 р. залишилася на тому самому рівні, що і в 2013 р., – 0,96 і +0,96 % відповідно, а смертність знизилася на 17,9 % (від 5,6 на 100 тис. населення у 2013 р. до 4,6 на 100 тис. населення у 2014 р.). Захворюваність на ВІЛ-інфекцію у 2014 р. зменшилася на 5,0 %, а смертність від СНІДу зросла на 10,1 % порівняно з 2013 р.

### Ключові слова

Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, ко-інфекція ТБ/ВІЛ, захворюваність, смертність.

Поєднання туберкульозу (ТБ) та вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекції), що визначається як «ко-інфекція (ТБ/ВІЛ-інфекція/СНІД)» – активний легеневий або позалегеновий ТБ, який розвивається у ВІЛ-інфікованих.

ТБ/ВІЛ діагностують у разі захворювання на ТБ ВІЛ-інфікованої особи, виявлення ВІЛ-інфекції у хворого на ТБ або коли під час профілактичного чи діагностичного обстеження виявляють обидва захворювання одночасно.

Питання протидії ТБ в Україні є одним із пріоритетних державної політики в сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних забор'язань. У 2014 р. Україна вперше увійшла в п'ятірку країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Особливо загрозливим є пізнє виявлення ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та вірусними гепатитами В (ВГВ) і С (ВГС), що зумовлює високий рівень смертності від ТБ.

В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військові дії на сході України, прогнозують погіршення епідемічної ситуації з ТБ, ко-інфекції ТБ/ВІЛ та вірусних гепатитів В і/або С. Це вимагає проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я (Женева, Швейцарія) у травні 2014 р. схвалила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016–2035 рр., метою якої є подолання перешкод у боротьбі з ТБ, МРТБ, туберкульозом із розширеною резистентністю (РРТБ) і поєднання ТБ/ВІЛ-інфекції [3, 6, 17, 18].

Глобальним завданням нової Глобальної стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з протидії ТБ до 2035 р. є звільнення світу від ТБ з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та страждань від ТБ. Зниження захворюваності на ТБ порівняно з 2015 р.: контрольних показників до 20 % (< 85 на 100 тис. населення) у 2020 р., до 50 % (< 55 на

100 тис. населення) — у 2025 р.; цільових показників — до 80 % (< 20 на 100 тис. населення) у 2030 р. і до 90 % (< 10 на 100 тис. населення) — у 2035 р. Зниження смертності від ТБ порівняно з 2015 р. — до 35 % у 2020 р., до 75 % — у 2025 р.; цільових показників — до 90 % у 2030 р. і до 95 % — у 2035 р. [4, 16, 19].

На підставі пропозиції Регіонального бюро ВООЗ з метою визначення позиції регіону в рамках Глобальної стратегії «Покласти край туберкульозу» створено проект Плану дій з боротьби із ТБ для Європейського регіону на період 2016–2020 рр., що застосовується для країни як з високою, так і низькою захворюваністю ТБ [2, 3, 6].

Основна мета п'ятирічного Плану дій — профілактика передачі МРТБ/РРТБ за рахунок забезпечення загального доступу до послуг з профілактики, діагностики та лікування МРТБ/РРТБ у всіх державах — членах Європейського регіону ВООЗ. За цей період (2015–2020 рр.) потрібно досягти таких цілей, адаптованих до Глобальної стратегії «Покласти край ТБ» [2, 5, 8, 10]:

- зниження захворюваності ТБ на 25 %;
- зниження смертності від ТБ на 35 %;
- показник ефективності лікування хворих МРТБ на рівні, не нижчому за 75 %.

В Україні найнижчі показники захворюваності на ТБ (31,8 на 100 тис. населення, або 16 400 осіб) та смертності від ТБ (8,1 на 100 тис. населення, або 4 522 особи) зареєстровано у 1990 р. Погіршення ситуації з ТБ почалося з 1991 р.: показник захворюваності становив 32 на 100 тис. населення (16 713 осіб), смертності — 8,7 на 100 тис. населення (4 842 особи), що було зумовлено передусім соціально-економічними труднощами, посиленням міграції людей, збільшенням кількості хворих на алкоголізм, наркоманію, ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити В і/або С. Найвищі епідеміологічні показники щодо туберкульозу в Україні зареєстровано у 2005 р.: захворюваність — 84,1 на 100 тис. населення (39 808 осіб), смертність — 25,3 на 100 тис. населення (11 895 осіб).

З огляду на несприятливу ситуацію з ТБ в Україні активізовано діяльність, спрямовану на протидію епідемії ТБ. У 1999 р. прийнято постанову Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо боротьби з туберкульозом», у 2000 р. — Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом», у 2001 р. — закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 рр., Указ Президента України від 30 листопада 2005 р. «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії

ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні», Наказ МОЗ України від 12.04.2008 р. № 122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33» (щодо введення в штатний розклад 0,5 ставки дитячого фтизіатра при центрах СНІДу з метою організації надання протитуберкульозної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями), Наказ МОЗ України від 17.05.2008 р. № 254 «Про затвердження Інструкції про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України», Наказ МОЗ України від 28.05.2008 р. № 276 «Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання — туберкульоз та ВІЛ-інфекцію», Наказ МОЗ України від 07.07.2008 р. № 366 «Про затвердження програми переходу до протитуберкульозного щеплення вакциною БЦЖ SSI (Данський штам) в Україні», Наказ МОЗ України від 22.10.2008 р. № 600 «Про затвердження клінічного протоколу лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз», Наказ МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз», Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. № 1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ/СНІД.

Привертання уваги до цієї проблеми керівників України, парламенту та уряду свідчить про те, що туберкульоз як глобальна проблема стосується і всього суспільства, й кожного громадянина зокрема. Туберкульоз — проблема не лише медична, а передусім соціально-економічна і народногосподарська. Пріоритетними заходами в напрямі подолання епідемії туберкульозу в Україні держава бачить поліпшення соціального стану населення та суттєве збільшення фінансування протитуберкульозних заходів. Проте зазначені документи не виконуються у повному обсязі через економічну скруту.

Реалізація програм та Закону України «Про затвердження загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» сприяла низці позитивних зрушень у боротьбі з туберкульозом, зокрема, збільшилася частка охоплення профілактичними флюорографічними обстеженнями населення від 39,8 % у 1999 р. до 54,1 % у 2009 р., поліпшилися мікробіологічна діагностика туберкульозу, ефективність лікування (припинення бактеріовиділення, загоєння каверн), стабілізувався рівень захворюваності дітей та підлітків. За останніх

Таблиця 1. Основні епідемічні показники з ВІЛ-інфекції, СНІДу в світі на кінець 2013 р.

Показник	Кількість осіб
Від початку епідемії інфікувалися ВІЛ	78 млн
Померли від захворювань, зумовлених СНІДом	39 млн
Живуть з ВІЛ-інфекцією	35 млн
У світі в 2013 р. виявлено нових випадків ВІЛ	2,1 млн
Кількість нових випадків ВІЛ у 2013 р. порівняно з 2001 р. скоротилася на:	
– у дорослих	38 %
– у дітей	58 %
Протягом 2013 р. у світі померло від СНІДу	1,5 млн
Кількість випадків смертей від СНІДу порівняно з 2005 р. знизилася на	35 %
Туберкульоз залишається основною причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)	–
Кількість випадків смертей, зумовлених ТБ, у ЛЖВ у 2013 р. порівняно з 2004 р. знизилася на	33 %
У 2013 р. доступ до АРТ ЛЖВ у країнах з низьким і середнім рівнем доходів мали	13,6 млн

5 років в Україні спостерігається тенденція до зменшення захворюваності на ТБ на 14,3 % (від 82,3 на 100 тис. населення, або 35080 осіб, у 2010 р. до 70,5 на 100 тис. населення, або 30236 осіб, у 2014 р.); смертності — на 26,5 % (від 16,6 на 100 тис. населення, або 7621 особу, у 2010 р. до 12,2 на 100 тис. населення, або 5240 осіб, у 2014 р.). Але через велику кількість дезадаптованих осіб, соціально-уразливих прошарків населення, незареєстрованих у країні та без постійного місця проживання осіб, брак соціальних заходів, спрямованих на запобігання туберкульозу у них, збільшення питомої ваги хіміорезистентного туберкульозу в структурі контингенту хворих, стрімке поширення ВІЛ-інфекції реалізація програми боротьби із захворюванням на ТБ потребує більшої уваги з боку уряду та місцевого самоврядування.

Стан контролю за туберкульозом має істотні недоліки. По-перше, швидкі темпи зростання кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз та стійких до протитуберкульозних ліків, тобто мультирезистентних форм МБТ. По-друге, незадовільне матеріально-технічне забезпечення протитуберкульозних закладів. По-третє, недостатнє забезпечення кадрами закладів фтизіатричної служби та лабораторій з діагностики туберкульозу.

Протидія ТБ, ВІЛ-інфекції та синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики в сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних забор'язань [1, 11, 12, 14, 15].

За даними ВООЗ та Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Україна серед країн Центральної Європи та Східної Азії продовжує залишатися регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ [14].

Аналіз ситуації з ВІЛ/СНІДу свідчить про те, що епідемію контролюють не повною мірою:

- лише кожна друга ВІЛ-інфікована особа знає про свій позитивний статус і звертається до медичного закладу;
- високий відсоток позитивних результатів у донорів крові, передусім первинних;
- не зменшується частка дітей з вродженою ВІЛ-інфекцією;
- набуває все більшої епідемічної значущості висока систематизована група чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Особливо загрозливе несвоєчасне звернення людей, які живуть з ВІЛ, по медичну допомогу, а виявлення СНІДу та поєднаних форм ВІЛ/ТБ зумовлює високий рівень смертності людей, що живуть з ВІЛ в Україні [15, 16, 18].

Епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі [6] наведено в табл. 1.

В Україні станом на 01.01.2015 р. під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) служби СНІДу перебували 137970 ВІЛ-інфікованих осіб (поширеність ВІЛ-інфекції — 322,5 на 100 тис. населення) та 33279 хворих на СНІД (поширеність СНІДу — 77,8 на 100 тис. населення) [5].

Основні кумулятивні епідемічні показники з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні з 1987 р. наведено в табл. 2.

Отже, основні кумулятивні показники з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні станом на 01.01.2015 р. мають тенденцію до щорічного зростання.

Динаміку основних епідемічних показників з ВІЛ-інфекції, СНІДу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД в Україні наведено в табл. 3.

Таким чином, показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію зменшився на 5,0 % (з 47,1 на 100 тис. населення, або 20294 особи, у 2013 р. до 44,8 на 100 тис. населення, або 19273 осіб, у

Таблиця 2. Кумулятивні статистичні дані з ВІЛ-інфекції в Україні

Показник	Станом на 01.01.2013 р.	Станом на 01.01.2014 р.	Приріст, %	Станом на 01.01.2015 р.	Приріст, %
Офіційно зареєстровано випадків ВІЛ-інфекції	223 585	245 216	+9,8	264 489	+7,9
Кількість випадків захворювань, зумовлених СНІДом	56 371	65 733	+16,6	75 577	+15,0
Кількість випадків смертей від захворювань, зумовлених СНІДом	28 485	31 999	+12,3	35 425	+10,7

Таблиця 3. Основні епідемічні показники з ВІЛ-інфекції, СНІДу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД в Україні за період 2012—2014 рр.

2012 р.		2013 р.			2014 р.		
Абс.	На 100 тис. населення	Абс.	На 100 тис. населення	Темп приросту, %	Абс.	На 100 тис. населення	Темп приросту, %
<i>Захворюваність на ВІЛ-інфекцію</i>							
19 410	44,9	20 294	47,1	+5,0	19 273	44,8	-5,0
<i>Захворюваність на СНІД</i>							
9 690	22,4	8 945	20,8	-7,3	9 844	22,9	+10,1
<i>Смертність від СНІДу</i>							
3 712	8,6	3 367	7,8	-8,9	3 426	8,0	+1,8
<i>Захворюваність на активний ТБ у поєднанні зі СНІДом</i>							
4 726	10,4	4 783	10,5	+0,96	4 849	10,4	-0,95
<i>Померло хворих на ТБ від СНІДу</i>							
2 786	6,1	2 522	5,6	-8,2	1 994	4,6	-17,9

2014 р. без урахування статистичних даних АР Крим та м. Севастополя. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні здебільшого охоплює групи підвищеного ризику, в тому числі споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), працівників комерційного сексу, чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ), а також осіб, які перебувають або перебували у в'язниці. Варто зазначити, що в понад 50 % випадків ВІЛ, зареєстрованих у 2014 р., інфікування сталося статевим шляхом [4, 5, 13].

Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровано на південно-східних територіях України, до яких належать Одеська (109,4 на 100 тис. населення), Дніпропетровська (96,9), Миколаївська (93,1) та Донецька (70,4) області [5].

У 2014 р. в Україні зареєстровано 9844 нових випадки СНІДу, показник захворюваності становить 22,9 на 100 тис. населення, що на 10,1 % більше, ніж у 2013 р. (20,8 на 100 тис. населення) [5].

Найпоширенішим СНІД-індикаторним захворюванням в Україні залишається ТБ. ЮНЕЙДС повідомляє, що в Україні ТБ є головною причиною смертності хворих на СНІД [6, 17]. За статистичними даними, в 2014 р. ТБ виявлено в 4849 (49,3 %) випадках з 9844 нових випадків СНІДу. У 33 279 хворих на СНІД, які перебува-

ють на обліку в ЗОЗ служби СНІДу, станом на 01.01.2015 р. ТБ діагностовано у 14 688 (41,1 %).

У 2014 р. в Україні частка осіб з вперше діагностованим ТБ (ВДТБ) серед нових випадків СНІДу залишається високою та має тенденцію до збільшення – 74,4 порівняно з 71,1 % у 2013 р. Серед хворих на СНІД, які перебувають під медичним наглядом, частка осіб з ВДТБ становила 28,7 %. Високий показник зареєстровано в Кіровоградській (100 %), Закарпатській (77 %), Київській (66 %), Чернігівській (62 %), Івано-Франківській (60 %), Харківській (57 %), Волинській (54 %) та Херсонській (53 %) областях [5].

Збільшення кількості хворих на СНІД, у тому числі з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, у більшості регіонів України свідчить про зрілість епідемії. Такий стан потребує активного скринінгу на ТБ ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що сприятиме ранньому виявленню ТБ, своєчасному призначенню лікування, зменшенню смертності від ко-інфекції ТБ/ВІЛ та підвищенню ефективності профілактики поширення ТБ серед загальної популяції [8].

Пізнє виявлення та залучення людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до медичного нагляду, сприяють подальшому зростанню кількості пацієнтів, які потребують антиретровірусної терапії (АРТ). Темпи розширення програми АРТ відстають від темпів збільшення кількості осіб,



які потребують лікування. Ефективність лікування хворих на ВІЛ-інфекцію впливає як на показники захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу, так і на рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед населення. Рівень охоплення АРТ тих, хто її потребує, становив лише 50,5 замість 80 %, розрахованих Європейським центром з контролю та профілактики захворюваності (ЕСДС) і Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Показник смертності від СНІДу залишається важливим показником доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ. Смертність від СНІДу у 2012 р. становила 8,6 на 100 тис. населення (темп приросту +9,8 %), у 2013 р. зафіксовано її зниження до 7,8 на 100 тис. населення (темп приросту – 8,9 %), а у 2014 р. цей показник становив 8,0 на 100 тис. населення (темп приросту +1,8 %). Тенденції щодо кількості випадків смертей від СНІДу залежать від охоплення медичними послугами, насамперед антиретровірусним лікуванням (АРЛ), ступеня прихильності до цих послуг та наявності соціального супроводу.

У 2014 р. показник смертності від СНІДу у чотирьох регіонах України перевищував середній по країні (8,0 на 100 тис. населення), а саме: у Дніпропетровській (28,2 на 100 тис. населення), Донецькій (16,6), Одеській (15,3) та Миколаївській (11,2) областях [5].

Основною ко-інфекцією та причиною смерті хворих на СНІД залишається ТБ. У 2014 р. частка летальних випадків, зумовлених поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ, серед загальної кількості померлих від СНІДу становила 63,7 % (у 2013 р. – 62,7 %).

За статистичними даними, з 5014 осіб, які потребували АРТ та померли у 2014 р., 2316 осіб отримували АРТ, на момент смерті – 46,2 порівняно з 38,0 % у 2013 р., з них у 833 (36,0 %) осіб АРТ тривало 12 міс і більше.

Слід зазначити, що обсяг лікувальних послуг для ЛЖВ ще не досягає належного рівня для впливу на показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Рівень смертності ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ, перевищував аналогічний показник тих, хто її отримував, що пов'язано з пізнім виявленням та несвоєчасним зверненням ВІЛ-інфікованих по медичну допомогу.

За останніх шість років (2009–2014) в Україні спостерігається тенденція до зниження рівня інфікованості ВІЛ донорів (від 0,14 до 0,09 %), вагітних (від 0,55 до 0,36 %), осіб віком 15–24 роки (від 12,0 до 6,7 %), СІН (від 37,0 до 24,0 %). Проте масштаби епідемії з ВІЛ-інфекції продов-

жують зростати за рахунок збільшення частки статевого шляху її передачі.

Спостерігається так зване постаріння – збільшується частка ВІЛ-інфікованих осіб, старших за 30 років, – від 71,9 до 82,5 % серед чоловіків та від 51,4 до 65,2 % серед жінок.

Зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в Україні є наслідком не тільки несвоєчасного виявлення та реєстрації ВІЛ-позитивних осіб, а й обмеження у медичних послугах для ЛЖВ – рівень охоплення АРТ тих, хто її потребує, не досяг 80 % і у 2014 р. становив тільки 50,5 %. Понад 30 % ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними сероепідемічного моніторингу (СЕМ) загалом по Україні, та до 55 % по окремих регіонах залишаються поза медичним спостереженням з різних причин і є джерелом збудника інфекції. Звіт ВООЗ щодо України за 2013 р. свідчить, що у 75 % хворих на ТБ було встановлено ВІЛ-статус [9, 10].

Заходи з надання медичних послуг хворим на ТБ/ВІЛ в Україні реалізують дві установи – протитуберкульозна служба та центр СНІДу. Фтизіатри надають медичні послуги з діагностики та лікування всіх форм туберкульозу, тоді як інфекціоністи – всі види медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Третью стороною, яка відіграє важливу роль у веденні хворих з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ, що потерпають від наркотичної залежності, можуть бути установи, які забезпечують послуги із замісною підтримувальною терапією (ЗПТ). Протягом останніх років спостерігається тенденція до «децентралізації» медичних послуг для хворих на ТБ і ВІЛ-позитивних, а саме медичні послуги для хворих на ТБ та для ЛЖВ, мають частково надавати на первинному рівні, тобто лікарі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), і на вторинному рівні медичної допомоги. Брак співпраці між службами з ТБ та ВІЛ призводить до пізнього виявлення ТБ і неналежного надання послуг із лікування поєднаної патології ТБ/ВІЛ, зокрема й до затримки початку АРТ.

Слід зазначити, що рівень інтеграції послуг хворим із ТБ та ВІЛ у деяких регіонах України істотно відрізняється. Наприклад, є регіони, де протитуберкульозні заклади видають антиретровірусні препарати (АРП), у медичному закладі консультує інфекціоніст, проводять лабораторні тести. Однак в інших закладах хворі змушені звертатися з цього приводу до різних медичних закладів. В областях і великих містах більшість протитуберкульозних закладів мають інфекціоніста в штаті, а у СНІД-центрах працює фтизіатр. Координовану медичну допомогу надають здебільшого на обласному рівні, тоді як

надання інтегрованих послуг на районному рівні обмежене.

Немає нормативного документа, який би координував співпрацю між службами з ТБ, ВІЛ та закладами або неурядовими організаціями (НУО), що надають підтримку ЛЖВ.

Деякі регіони не аналізують дані щодо охоплення скринінгом на ТБ ЛЖВ, профілактики туберкульозу ізоніазидом (ПТІ) і «Ко-тримоксазоном» (ПЛК). Віддалені райони та міста не можуть забезпечити достатній доступ до послуг діагностики та лікування поєднаної інфекції ТБ/ВІЛ (тести на кількість клітин СД4, вірусне навантаження, АРТ та опіюїдну замісну терапію). Іноді хворі мусять їздити до обласного центру для проходження тесту на ВІЛ. Коли хворих виписують з обласних протитуберкульозних диспансерів (ПТД) на амбулаторне лікування, вони повертаються до своїх невеликих міст із обмеженим рівнем медичних послуг, де немає ЗПТ. ВІЛ-тестування на районному рівні також ускладнюється через брак вакуїтнерів або бензину для транспортування зразків крові до лабораторії чи координації зусиль, що призводить до затримки результатів тестування та встановлення діагнозу ВІЛ. У деяких випадках результати тестування надсилають звичайною поштою, що призводить до додаткових затримок. Пацієнти змушені відвідувати три різних місця для отримання АРТ, ЗПТ і лікування ТБ.

Фахівці, що працюють у закладах ПМСД, зазвичай мало беруть участі у виявленні випадків поєднаної патології ТБ/ВІЛ. Вони направляють пацієнтів на мікроскопію харкотиння та рентгенографію грудної клітки, навіть на тестування ВІЛ, але часто не відстежують результатів дослідження. Зазвичай лікарів ПМСД не залучають до пошуку пацієнтів, які припинили лікування. У деяких випадках медичним працівникам бракує знань щодо клінічних аспектів діагностики ТБ, ВІЛ, координації служб із ТБ та ВІЛ у веденні таких пацієнтів.

У районах доступ до АРТ та ПЛК обмежений. Є певні складнощі з забезпеченням «Ко-тримоксазоном» та протитуберкульозними препаратами (ПТП) для профілактики туберкульозу ізоніазидом (ПТІ) серед ЛЖВ.

Використання експрес-тестів на ВІЛ у пацієнтів з ТБ в амбулаторних умовах дуже обмежене.

Інфекціоністи не завжди призначають ізоніазид для профілактики ТБ у ЛЖВ, іноді вони навіть не мають відповідного резерву ПТП.

Немає механізму належного моніторингу пацієнтів, направлених фтизіатрами, інфекціоністами та фахівцями ПМСД на діагностику та лікування до медичних закладів вищого рівня.

У багатьох випадках зворотний зв'язок, особливо між обласним та районним рівнями, не налагоджено, немає ефективного механізму для подальшого супроводу та пошуку пацієнтів, які самостійно припинили лікування від лікування або яких виписано зі стаціонарів за порушення режиму.

Потенціал НУО щодо підтримки хворих із ТБ/ВІЛ не реалізують у повному обсязі.

Певні норми закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний статус людей, які живуть з ВІЛ», котрими регулюють конфіденційність у цій сфері (зокрема п. 13), створюють значні перешкоди для обміну інформацією щодо ВІЛ-статусу пацієнтів, необхідного для ефективного ведення випадків поєднаної патології ТБ/ВІЛ, оскільки немає відповідної прописаної процедури стосовно передачі конфіденційної інформації про ВІЛ-статус. Фтизіатри та лікарі ПМСД часом не знають ВІЛ-статусу пацієнта, хоча це важлива інформація для прийняття рішень про подальше лікування. Незнання ВІЛ-статусу своїх пацієнтів впливає на здатність проводити ранній скринінг та забезпечити належний догляд. Якби сімейний лікар знав, що пацієнт, направлений до протитуберкульозного закладу, є ВІЛ-позитивним, він однаково не міг би повідомити цю інформацію. Хоча пацієнтові пропонують пройти тестування на ВІЛ, він може відмовитися від тесту, і фтизіатр у ПТД не знатиме ВІЛ-статусу хворого.

Згаданий закон також створює додаткові бар'єри в координації дій між службами ВІЛ-інфекції та ТБ. Коли пацієнта із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ виписують із ПТД для подальшого спостереження у фтизіатра за місцем проживання на районному рівні, ПТД не має права надавати інформацію щодо його ВІЛ-статусу навіть до кабінетів «Довіри». Відповідно інфекціоністи, які працюють у кабінетах «Довіри», не можуть повідомляти ВІЛ-статус хворого фтизіатрам. Звичайно, це впливає на подальше лікування ТБ і його ефективність. Навіть якщо фтизіатр за симптомами може запідозрити, що хворий ВІЛ-інфікований, але пацієнт відмовляється проходити тестування чи не розповідає про свій ВІЛ-статус, ПТД з міркувань конфіденційності не може подати щодо нього запит до центру СНІДу. Положення закону незрозумілі й нечіткі, що призводить до страху та небажання медичних працівників передавати будь-яку інформацію.

Діагностика та лікування позалегенового ТБ є також серйозною проблемою. Найпоширеніша причина — брак діагностичної спроможності та неможливість досліджувати клінічний стан хво-

рого на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ через обмеження щодо комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ). Не вистачає обладнання для діагностичних тестів, висока вартість обстеження, потреба звертатися до різних медичних закладів для обстеження (ціна, транспортні витрати тощо), брак доступу до ЗПТ у протитуберкульозних закладах та СНІД-центрах, а також прогалини в знаннях та досвіді лікарів у питаннях ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Проблема полягає ще й у тому, що у ВІЛ-інфікованих найчастіше виявляють саме позалегеневий туберкульоз (лімфатичних вузлів, центральної нервової системи, органів черевної порожнини). Пізня діагностика позалегеневого ТБ через недоступність тестів, а також нестачу досвіду та практичних навичок з діагностики призводить до зростання смертності.

Нерідко хворих із алкогольною або наркотичною залежністю виписують із лікарні через недотримання правил поведінки в стаціонарі. Відрив від протитуберкульозного лікування досить високий. Немає механізму підрахунку кількості хворих, яких виписали зі стаціонару ПТД або СНІД-центрів, пацієнти не звертаються для продовження лікування або, якщо був рецидив, повертаються на лікування в різні регіони, де не отримують адекватного курсу терапії, ймовірно, через розвиток хіміорезистентного ТБ.

Хіміопрофілактику ізоніазидом для ЛЖВ недостатньо використовують у СНІД-центрах, схоже, навіть лікарі не знають про профілактику ТБ у ВІЛ-інфікованих. Більшість медичних закладів констатує низьку прихильність до ПТІ серед ЛЖВ. Однією з причин відмови хворих від профілактики є побоювання побічних реакцій, небажання призначати ПТІ через високий рівень резистентності до ізоніазиду. Що стосується ПЛК, то воно доступне для хворих стаціонарів ПТД на обласному рівні. З віддалених районів пацієнти вимушені їхати по препарати до обласного ПТД або купувати ліки самостійно.

Тяжка ситуація складається із продовженням лікування, а саме наданням АРТ та забезпеченням завершення протитуберкульозного лікування для хворих із невеликих міст та сіл.

Подолання епідемії ВІЛ-інфекції стане можливим, коли кожен житель України усвідомить реальність загрози інфікування ВІЛ та зможе захистити себе і своїх близьких шляхом вірогідної та повної інформації, зокрема і завдяки можливості в будь-який час безперешкодно пройти консультування з тестом на ВІЛ. Стратегія припинення поширення ВІЛ передбачає концентрацію зусиль на програмах первинної профілактики — інформування, консультування та тесту-

вання на ВІЛ-інфекцію як базового компонента подолання епідемії й підвищення якості життя ВІЛ-позитивних осіб.

## Висновки

1. Послуги з ТБ/ВІЛ мають бути на будь-якому рівні надання медичної допомоги. Сімейних лікарів, фахівців вторинного і третинного рівнів потрібно залучати до скринінгу й діагностики, у деяких випадках — до лікування та профілактики ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Повинна бути стратегія ефективного залучення неурядових організацій до надання комплексних інтегрованих послуг у галузі ТБ/ВІЛ.

2. Потрібно постійно проводити курси підвищення кваліфікації та відповідні навчання з лікарями, щоб могли здійснювати кваліфікований догляд і реалізувати заходи, спрямовані на підвищення обізнаності громадськості щодо ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Для поліпшення обізнаності медичного персоналу протитуберкульозної служби, СНІД-центрів та лікарів первинної ланки медичної допомоги вводити до програмного післядипломного навчання міжнародні рекомендації з ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

3. Зробити роз'яснення до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», з урахуванням можливостей обміну інформацією між медичними фахівцями (фтизіатри, інфекціоністи та сімейні лікарі), з конкретизацією, де і як відбувається передача такої інформації, та суворим дотриманням вимог конфіденційності стосовно людей, що живуть з ВІЛ.

4. Поліпшити моніторинг хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, яких перенаправляють у інші заклади. Забезпечити наявність контактної інформації зворотного зв'язку між обома службами для пацієнтів та медичних фахівців.

5. Забезпечити постійний доступ до швидких тестів для діагностики ВІЛ у хворих на ТБ та ТБ у людей, що живуть з ВІЛ, на всіх рівнях медичної допомоги як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапах лікування. Поліпшити надання профілактики ізоніазидом людям, що живуть з ВІЛ, у СНІД-центрах та амбулаторно.

6. Поліпшити доступ до діагностики позалегеневого ТБ, зокрема комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії шляхом виділення коштів із регіональних бюджетів.

7. Розробити механізм надання антиретровірусної терапії на базі протитуберкульозних диспансерів зі штатним розписом та навчанням персоналу і створення кабінету замісної підтримувальної терапії. Забезпечити співпрацю між кабі-

нетами замісної підтримувальної терапії та протитуберкульозними диспансерами, особливо для пацієнтів, які є клієнтами кабінетів замісної підтримувальної терапії та яких було виписано із протитуберкульозних диспансерів, щоб вони могли лікуватися від туберкульозу та ВІЛ-інфекції у кабінетах замісної підтримувальної терапії.

8. Децентралізація діагностики і доступ до лікування туберкульозу та ВІЛ-інфекції із залученням первинної ланки надання медичної допомоги поліпшить доступ до лікування ко-інфекції ТБ/ВІЛ для пацієнтів, а також вплине на проблему пізньої діагностики та відриву від лікування.

## Список літератури

1. Александріна Т.А. Эффективность добровольного консультирования та тестування на ВІЛ у виявленні ВІЛ/СНІД-асоціативного туберкульозу // Укр. пульмонолог. журн.— 2005.— № 1.— С. 12–15.
2. Бартлетт Дж., Галант Дж., Фал П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции.— М.: Валент, 2012.— 528 с.
3. Брико Н.И., Покровский В.И. Глобализация и эпидемиологический процесс // Эпидемиология и инфекционные болезни.— 2010.— № 4.— С. 4–10.
4. В направлении цели «Ноль». Стратегия на 2011–2015 годы / ЮНЕЙДС, 2010.— 64 с.
5. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень.— К., 2015.— 111 с.
6. Глобальный информационный бюлетень // ЮНЕЙДС, 2014.
7. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків; Наказ МОЗ України № 551 від 10.09.2010 р. (зі змінами; наказ МОЗ України № 766 від 10.09.2010 р.).
8. Мельник В.П., Светліца Т.Г. Захворюваність та летальність хворих на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфікуванням та СНІДом // Укр. пульмонолог. журн.— 2004.— № 2.— С. 34–35.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 р. № 620. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз».— 2014.— 197 с.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.12.2014 р. № 1039 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)».— 2014.— 61 с.
11. Нізова Н.М., Марциновська В.А., Кузін І.В. та ін. Соціально-демографічні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні.— К., 2013.— 68 с.
12. Процюк Р.Г., Москаленко В.Ф., Петренко В.І. та ін. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД.— К.: Медицина, 2009.— 424 с.
13. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник.— К., 2015.
14. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її подолання // Укр. пульмонолог. журн.— 2004.— № 2.— С. 6–11.
15. Черенько С.О., Щербакова Л.В. Проблеми ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в Україні // Укр. пульмонолог. журн.— 2010.— № 1.— С. 18–23.
16. Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic / WHO, UNAIDS, 2013.— 72 p.
17. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012 / European Centre for Disease Prevention and Control WHO, Regional Office for Europe.— Stockholm, 2013.— 75 p.
18. HIV/AIDS treatment and care in Ukraine World Health Organization, 2013.— 22 p.
19. Reporting Protocol and Analysis Plan. Revised HIV/AIDS surveillance 2014 — ECDC/WHO Regional office for Europe, 2014.— 25 p.

Р.Г. Процюк

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

## Актуальные вопросы ко-инфекции туберкулез/ВИЧ/СПИД в Украине

Проанализирована эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, ВИЧ-инфекции (СПИДу), ко-инфекции ТБ/ВИЧ/СПИД в Украине состоянием на 01.01.2015 г. За последние пять лет в Украине уменьшилась заболеваемость ТБ (впервые зарегистрированные больные + рецидивы) на 14,3 % (с 82,3 на 100 тыс. населения, или 35080 человек, в 2010 г. до 70,5 на 100 тыс. населения, или 30236 человек, в 2014 г.) и смертность на 26,5 % (с 16,6 на 100 тыс. населения, или 7621 человек, в 2010 г. до 12,2 на 100 тыс. населения, или 5240, в 2014 г.). Остается высоким уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией: в 2012 г. выявлено 19410 ВИЧ-инфицированных (44,9 на 100 тыс. населения), у 2014 г. — 19273 (44,8 на 100 тыс. населения), темп прироста — 0,2 %. Заболеваемость СПИДом выросла на 10,1 % (с 20,8 на 100 тыс. населения, или 8945 человек, в 2013 г. до 22,9 на 100 тыс. населения, или 9844 человека, в 2014 г.). Смертность увеличилась на 1,8 % (с 7,8 на 100 тыс. населения, или 3367 человек, в 2013 г. до 8,0 на 100 тыс. населения, или 3426 человек, в 2014 г.). Заболеваемость ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в 2014 г. осталась на том же уровне, что и в 2013 г., — 0,96 % и +0,96 % соответственно, а смертность снизилась на 17,9 % (с 5,6 на 100 тыс. населения в 2013 г. до 4,6 на 100 тыс. населения у 2014 г.). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2014 г. уменьшилась на 5,0 %, а смертность от СПИДа выросла на 10,1 % в сравнении с 2013 г.

**Ключевые слова:** туберкулез, ВИЧ-инфекция/СПИД, ко-инфекция ТБ/ВИЧ, заболеваемость, смертность.



R.G. Protciuk

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

## Actual problems of co-infection tuberculosis/HIV/AIDS in Ukraine

Analysis of the epidemiological situation of TB, HIV (AIDS), co-infection of TB/HIV/AIDS in Ukraine as of 01.01.2015 is provided. The conclusion is that there is a tendency to reduce the incidence of TB by 14.3 % (from 82.3 to 100.000 inhabitants (35.080 people) in 2010 to 70.5 to 100.000 inhabitants (30.236 people) in 2014), mortality by 26.5 % (from 16.6 to 100.000 inhabitants (7621 people) in 2010 to 12.2 per 100.000 inhabitants (5240 people) in 2014) the last five years in Ukraine. There is a high incidence of HIV infection: in 2012 detected 19,410 HIV positive people (44.9 per 100.000 inhabitants) in 2014 found 19.273 people (44.8 per 100.000 inhabitants), the rate growth – 0.2 %. The incidence of AIDS increased by 10.1 % (from 20.8 to 100.000 inhabitants (8945 people) in 2013 to 22.9 per 100.000 inhabitants (9844 people) in 2014). Mortality increased by 1.8 % (from 7.8 per 100.000 inhabitants (3367 people) in 2013 to 8.0 per 100.000 inhabitants (3426 people) in 2014). The incidence of co-infection of TB/HIV remains on the same level as in 2013 – 0.96 % and +0.96 %, and mortality decreased by 17.9 % (from 5.6 per 100.000 inhabitants in 2013 to 4.6 per 100.000 inhabitants in 2014). Index of incidence rate of HIV in 2014 decreased by 5.0 %, and deaths from AIDS increased by 10.1 % compared to 2013.

**Key words:** tuberculosis, HIV infection/AIDS, co-infection TB/HIV, incidence, mortality.

---

### Контактна інформація:

Процюк Радю Георгійович, д. мед. н., проф. кафедри фізіотерії та пульмонології  
04114, м. Київ, вул. Автозаводська, 68. Тел. (044) 430-46-20  
E-mail: dian.m2010@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 13 листопада 2015 р.