

© Колектив авторів, 2009
УДК 616.24-002.5+616.98-097:578.828.6(477)

**С.В. Поздняков, Л.Г. Авербух, В.В. Філюк, О.В. Павлова, Г.В. Малікова,
О.В. Ніколаєвська, О.О. Недужко**

ПРОБЛЕМА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА НА ОДЕЩИНІ

Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечникова, Одеський обласний протитуберкульозний диспансер



С.В. Поздняков



Л.Г. Авербух

Проблеми епідемії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу і наркоманії тісно взаємопов'язані та взаємообумовлені. Зростання кількості нових випадків і розповсюдженості ВІЛ-асоційованого туберкульозу, яке спостерігається в Одеській області, як і загалом в Україні, вимагає подальшого посилення координованих зусиль загально-лікувальних, спеціалізованих та санітарно-протиепідемічних закладів щодо профілактики, своєчасного виявлення та повноцінного лікування таких хворих. Для підвищення ефективності заходів щодо протидії поєднаній патології туберкульоз + ВІЛ/СНІД в умовах епідемії необхідно, зокрема, законодавчо встановити обов'язкове тестування на ВІЛ усіх, без винятку, хворих на активний туберкульоз і повноцінне обстеження усіх ВІЛ-інфікованих на туберкульоз, а також забезпечити реальний безоплатний доступ до ВААРТ для усіх хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, яким вона показана.

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, туберкульоз, епідеміологія.

Частота нових випадків захворювання на туберкульоз у світі у 2004 р. досягла найвищого рівня і складала 142 випадки на 100 тис. населення. У 2007 р. її рівень трохи знизився і становив 139 випадків на 100 тис. населення [1]. Не

знижуються, а подекуди значно зростають темпи розповсюдження ВІЛ-інфекції і смертність від СНІДу. За експертними оцінками, кількість ВІЛ-інфікованих у світі дорівнює не менше 35-40 млн.

Туберкульоз визнано найбільш серйозною інфекцією для ВІЛ-інфікованих, а ВІЛ-інфекція є найбільш загрозливим фактором ризику розвитку туберкульозу, тому що вони взаємно обтяжують перебіг одна одної і в багатьох випадках призводять до смерті хворих. За оціночними даними, протягом одного року для людини, яка живе з ВІЛ-інфекцією, імовірність захворювання на туберкульоз у 50 разів вища, ніж для ВІЛ-негативної особи, а за відсутності необхідного лікування 90 % ВІЛ-інфікованих помирають протягом декількох місяців після захворювання на туберкульоз. Гострота проблеми ВІЛ-асоційованого туберкульозу у світі викликала не лише необхідність постійного обговорення на національних і міжнародних медичних конгресах, а навіть постала темою спеціального форуму ООН у червні 2008 р. [2-6]. Вказані глобальні проблеми повною мірою стосуються України.

В останні півтора десятиріччя в Україні спостерігалось зростання розповсюдженості туберкульозу (яке з 1995 р. визнано епідемією). Захворюваність на активний туберкульоз зросла з 41,6 у 1995 р. до 84,1 на 100 тис. населення у 2005 р. і дещо знизилася (до 77,8) до 2008 р. [7-9]. Україна також займає перше місце в Європейському регіоні за рівнем поширення ВІЛ-інфекції (187,6 на 100 тис. населення на 1.07.2008 р.) [3-6].

Значно, зі 103 хворих у 2000 р. до 2902 – у 2008 р. [9], зросла в Україні захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою ВІЛ (СНІД) [8-13], а відповідний показник за ці роки зріс більше як у 30 разів (з 0,2 до 6,3 на 100 тис. населення). Інше джерело [5] стверджує, що узято під нагляд у 2008 р. 1184 хво-

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

рих з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція + туберкульоз, а перебуває під наглядом на 1.01. 2009 р. 6 164 таких хворих.

Викладене пояснює значний інтерес до епідемічної ситуації з цими інфекціями і їх поєднанням та її динаміки в окремих регіонах, вивчення певних особливостей якої було метою нашого дослідження.

Ситуація з туберкульозу в Одеській області залишається досить серйозною. Починаючи з 1991 і до 2005 рр. захворюваність на усі форми активного туберкульозу зросла з 42,0 на 100 тис. населення області до 95,3 (тобто на 126 %), а до 2008 р. її рівень дещо знизився (до 87,4), але залишається більш ніж удвічі вищим за рівень на початку цього періоду і на 12,3 % перевищує середньоукраїнський рівень.

Клінічна структура нових випадків захворювання також погіршилася. Частка виявлення деструктивних форм туберкульозного процесу серед нових хворих за ці роки сягала 58 %, а мікобактеріовиділювачів – 45 %. Щороку реєструється до 30 випадків захворювання дітей.

Загальний обліковий контингент хворих на активні форми туберкульозу зріс за період з 1991 до 2003 рр. з 224,0 до 331,9 на 100 тис. населення області, а у 2007 р. знизився до 201,7 – лише за рахунок перегляду системи обліку. За даними на кінець 2008 р., його рівень становив 229,6 на 100 тис. Середній показник по Україні у 2008 р. – 192,1 (тобто нижче на 16,4 %).

Смертність від туберкульозу за період з 1998 до 2005 рр. (для порівняння обрано найбільш характерні періоди) зросла з 11,8 до 28,5, а з урахуванням непостійних мешканців області – з 19,8 до 38,3 на 100 тис., тобто майже вдвічі. У 2008 р. цей показник становив для мешканців області 22,9 на 100 тис. населення (без урахування померлих від ВІЛ-асоційованого туберкульозу, які реєструються окремо) і знаходиться на рівні середнього показника для України. Однак, з урахуванням непостійних мешканців області (осіб без постійного місця проживання, мігрантів, тощо), показник смертності від усіх форм туберкульозу (за даними статистичних органів) у 2008 р. сягнув 33,8 на 100 тис. і значно, у півтора рази, перевищує середній показник по країні (22,4).

Перші випадки ВІЛ-інфекції в Одеській області взято на облік у 1987 р. За минулі роки (накопичувальний підсумок за даними обласного центру СНІД) було зареєстровано 14200 таких випадків (тобто загалом 594,3 на 100 тис. населення), а

загальна кількість випадків захворювання на СНІД перевищила 3100 (загальний зареєстрований показник – 131,7 на 100 тис.). Померло від СНІДу за 20 років 2082 особи.

Показник поширеності ВІЛ-інфекції на кінець 2008 р. по області складав 454,0 на 100 тис. населення при середньому по Україні 198,6. Вищим він був тільки у Дніпропетровській області. Лише за 3 останніх роки в області захворіло на ВІЛ-інфекцію 4729 осіб, у тому числі у 2008 р. – 1555 осіб (показник захворюваності: 2006 р. – 61,3, 2007 р. – 71,2, 2008 р. – 65,2 на 100 тис. населення). Середні рівні по Україні були відповідно – 34,4; 38,0 і 40,9 на 100 тис.

Захворюваність на СНІД за ці ж 3 роки (відповідно) складала в області 10,5; 7,8 і 7,5 на 100 тис. Всього захворіло 616 осіб, з яких у 2008 р. – 179. Поширеність СНІДу в 2008 р. – 49,2 на 100 тис. населення. Вищий рівень спостерігався лише у Донецькій обл. та м. Севастополі (Україна – 22,5).

Зростання виявлення випадків ВІЛ-інфекції за клінічними показаннями відбувається, головним чином, за рахунок хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз. Так, з 2003 до середини 2007 рр. виявлено 1914 таких випадків, з яких біля 30 % – серед вперше захворілих на туберкульоз, а решта – серед хворих, виявлених у попередні роки. Загалом, частка хворих з поєднаною патологією – туберкульоз + ВІЛ/СНІД – складала серед вперше виявлених: у 2006 р. – 278 осіб, у 2007 – 256, у 2008 р. – 303 хворих (14,5 %), а у загальному контингенті – до 10,0 % (у 2006 р. – 489 осіб, у 2008 – 538). Показник захворюваності на ВІЛ-асоційований туберкульоз серед населення області зріс з 1,1 у 2000 р. до 12,6 на 100 тис. – у 2008 р. (в 11,5 разу).

Померло від ВІЛ/СНІДу за період 2004-2008 рр. 1262 хворих на туберкульоз, у тому числі у 2008 р. – 311 з 538 хворих, що стояли на обліку. Таким чином, якщо летальність у загальному контингенті хворих на туберкульоз місцевих мешканців області складає протягом ряду років біля 10 %, то серед хворих на сполучену патологію вона досягла вкрай загрозливого рівня – 57,8 %. Показник смертності від ВІЛ-асоційованого туберкульозу з 7,8 у 2004 р. збільшився до 12,9 на 100 тис. населення області у 2008 р. (по Україні у 2007 р. – 3,9).

Більш переконливо дозволяють зіставити рівні, тенденції і темпи динаміки показників розповсюдженості туберкульозу, ВІЛ-інфекції і ВІЛ-асоційованого туберкульозу такі спостереження: якщо середньорічний темп динаміки захворюваності

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

населення області на туберкульоз за останні роки в області був +5,8 %, на ВІЛ-інфекцію у 2006 р. +9,0, у 2007 р. +16,2, а у 2008 р. – 8,4 %, то на ВІЛ-асоційований туберкульоз (періоди спостереження дещо розрізняються) цей темп дорівнював +116 %. Смертність від туберкульозу зростала з досить високим середньорічним темпом – 4,6 %, але темп зростання смертності від ВІЛ-асоційованого туберкульозу був у три рази вищим – у середньому 13 % за рік.

Обчислення умовного інтенсивного показника захворюваності ВІЛ-інфікованих на туберкульоз (захворюваність на умовні 100 тис. ВІЛ-інфікованих, які стоять на обліку) показало, що він складає 2800,0 – тобто у 32 рази вище за показник захворюваності серед населення. Такий самий рівень має і показник смертності від

ВІЛ-асоційованого туберкульозу (2800,0 на умовні 100 тис. ВІЛ-інфікованих), тобто він перевищує показник смертності від туберкульозу серед населення у 82 рази.

Те, що обидва ці показники рівні, а також абсолютні цифри свідчать, що помирає від ВІЛ-асоційованого туберкульозу в області щороку майже така ж сама кількість хворих, яка й виявляється, а в останні два роки навіть і більше (у 2007 р. – 293 і 256, у 2008 р. – 311 і 305 відповідно).

У таблицях 1 і 2 на прикладі окремих років викладено більш детальну інформацію щодо співвідношень деяких показників розповсюдженості вперше виявленого туберкульозу і ВІЛ-асоційованої його форми, їхня порівняна статевікова структура, а також зіставлено кількість випадків смерті від цих причин.

Таблиця 1

Хворі, в яких вперше виявлено ВІЛ-асоційований туберкульоз, серед усіх вперше виявлених хворих на активну форму туберкульозу (2007 р.) (статевікова структура)

Вікова група	Усього захворіло на активний туберкульоз	Вікова структура, %	У тому числі чоловіків	Частка у цих вікових групах, %	У тому числі жінок	Частка у цих вікових групах, %	Серед них захворіло на туберкульоз+СНІД	Загальна вікова структура, %	% до загальної кількості усіх захворілих на активний туберкульоз даної вікової групи	У тому числі чоловіків	%	У тому числі жінок	%
Усі вікові групи	2077	100,0	1367	65,8	710	34,2	256	100,0	12,3	169	66,0	87	34,0
До 17 р.	65	3,1	27	41,5	38	57,5	4	1,6	6,1	3		1	
18-24	279	13,4	151	54,1	128	45,9	11	4,2	3,9	5		6	
25-34	560	26,9	336	60,0	224	40,0	105	41,0	18,7	68	40,2	37	42,5
35-44	537	25,8	389	72,4	148	27,6	108	42,1	20,1	73	43,1	35	40,2
45-54	372	17,9	271	72,8	101	27,2	21	8,2	5,6	16	9,5	5	
55-64	156	7,5	123	78,8	33	21,2	6	2,3	3,8	4		2	
65 і старше	108	5,1	70	64,8	38	35,2	1	0,4	0,9	-		1	

Таким чином, у 2007 р. ті, що захворіли на ВІЛ-асоційований туберкульоз (обидві статі) склали 12,3 % від загальної кількості вперше зареєстрованих хворих на активний туберкульоз. За статевіковою структурою частки чоловіків і жінок серед усіх вперше зареєстрованих хворих на туберкульоз і тих, що захворіли на ВІЛ-асоційовану його

форму, суттєво не розрізнялися (чоловіки – 65,8 і 66,0 % відповідно).

У віковій структурі чоловіків і жінок, в яких вперше зареєстрований ВІЛ-асоційований туберкульоз, переважну більшість складали групи 25-34 роки (чоловіки – 40,2 %, жінки – 42,5 %) і 35-44 роки (43,1 і 40,2 % відповідно). Вікова група 45-54 роки

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

серед чоловіків складала майже 9,5 %, а до інших вікових груп як серед чоловіків, так і серед жінок належали лише поодинокі випадки.

Серед усіх хворих (обидві статі) віком 25-34 років, в яких був вперше зареєстрований активний туберкульоз, ті, що захворіли на ВІЛ-асоційований туберкульоз, складала 18,7 %, а у віковій групі 35-44 роки – 20,1 %. Саме ці дві вікові групи займають провідне місце також і у статеві-віковій структурі усіх вперше виявлених хворих на активний туберкульоз (загалом – майже 53 %).

Слід додати, що серед усіх вперше виявлених у 2007 р. хворих на активний туберкульоз ча-

стка міських мешканців дорівнювала 61 %, а серед носіїв сполученої патології – 82 %; далі – відповідно: позалегеновий туберкульоз – 8 і 28 %, частка хворих з розпадом легеневої тканини – 47 і 54 %; частка мікобактеріовиділювачів – 42 і 35 %; непрацюючі робочого віку 62 і 83 %; пенсіонери – 7 і 0,3 %; профілактичними обстеженнями захворювання було виявлено у 45 і 24 % хворих.

Наступна таблиця 2 відображає співвідношення між кількістю захворілих на активний туберкульоз і ВІЛ-асоційовану його форму та кількістю померлих хворих на туберкульоз від різних причин.

Таблиця 2

Вперше виявлені хворі на активний туберкульоз і на ВІЛ-асоційовану його форму та хворі на туберкульоз серед мешканців Одеської області, які померли від різних причин (2005-2007 рр.)

Рік	Вперше захворіло на активний туберкульоз	Серед них хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз	%	Померло хворих на туберкульоз усього (від усіх причин)	У тому числі безпосередньо від туберкульозу	% до усіх померлих	Померло хворих на туберкульоз від СНІДу	% до усіх померлих	% до померлих від туберкульозу
2005	2292	207	9,03	1120	685	61,2	214	19,1	31,2
2006	2262	278	12,2	946	508	53,7	254	26,8	50,0
2007	2077	256	12,3	920	547	59,4	293	31,8	53,5

Крім зазначених цифр, слід знову-таки звернути увагу на вкрай загрозливу ситуацію, пов'язану з тим, що кількість вперше зареєстрованих випадків захворювання на ВІЛ-асоційований туберкульоз і кількість хворих на туберкульоз, які померли від СНІДу (які реєструються окремо), до 2007 р. практично співпадали, а у 2007 р. від сполученої патології (тобто від СНІДу) померло майже на 15 % більше таких хворих, ніж було виявлено.

Таблиця 3 віддзеркалює склад і наслідки лікування ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних хворих, які вибули з 3-х базових протитуберкульозних стаціонарів Одеської області у 2007 р. Як бачимо, хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз складала більше ніж 23 % серед тих, що вибули з цих стаціонарів, і 55 % від загальної кількості усіх, котрі померли в них. Лікарняна летальність від СНІДу серед хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз у цих закладах коливалася від 26 % (облтубдиспансер) до 53 % (міськтублікарня), складаючи у середньому майже 37 %, поряд з тим, що загаль-

на лікарняна летальність (разом з померлими від СНІДу) не перевищувала 22,7 % (у середньому 15,4 %).

Якщо ж обчислити лікарняну летальність виключно для ВІЛ-негативних хворих, то вона у середньому складала 8,9 %, тобто була у 4 рази нижчою, ніж така для ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз.

Нами було здійснено дозорний епідагляд за 301 хворим на активний туберкульоз у протитуберкульозних стаціонарах області, яких було тестовано на добровільно-конфіденціальній основі стандартними методами на наявність антитіл до ВІЛ в ІФА. Позитивні результати підтверджувалися альтернативними тест-системами, а повторно-позитивні – імуноблотингом.

Серед чоловіків у цій групі екстенсивний показник розповсюдженості ВІЛ складав (18,43±2,00) % – 40 осіб, серед жінок – (8,33±1,4) % – 7 осіб, у середньому – 15,6 %. 72 % усіх ВІЛ-позитивних були міськими мешканцями. Вік ВІЛ-позитивних у цій групі не перевищував 50 років.

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

Таблиця 3

Хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз серед усіх хворих, які вибули з базових тубстационарів
Одеської області (2007 р.) (виписаних і померлих)

Назва закладу*	Вибуло усього	%	У тому числі ВІЛ+	%	З усіх виписано	%	У тому числі ВІЛ+	%	З усіх померло	У тому числі від СНІДу	% померлих від СНІДу серед усіх померлих	Загальна летальність тих, які вибули, %	Летальність тих, котрі вибули з ВІЛ (-), %	Летальність тих, які вибули з ВІЛ (+), %
ОПТД	1103	100,0	219	19,8	884	80,1	157	17,7	108	57	52,7	9,8	5,6	26,0
ОКТЛ	1751	100,0	445	25,4	1491	85,1	293	19,6	260	152	58,5	14,8	11,4	34,1
МТЛ	970	100,0	226	23,2	749	77,2	106	14,1	221	120	54,2	22,7	13,5	53,1
Загалом	3824	100,0	890	23,2	3124	81,6	556	17,8	589	329	55,8	15,4	8,9	36,9

Примітка: * Значення скорочень: ОПТД – обласний протитуберкульозний диспансер; ОКТЛ – обласна клінічна туберкульозна лікарня; МТЛ – міська туберкульозна лікарня.

Виявлено ряд негативних особливостей у сімейному і соціальному статусі, рівні освіти, сексуальній поведінці, алкогольній і наркотичній залежності у ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз (47 осіб), які суттєво відрізнялися від аналогічних показників у групі ВІЛ-негативних хворих, що найбільш притаманно для чоловіків. Так, зокрема, серед ВІЛ-позитивних чоловіків (ВПЧ) було у 4,5 рази більше осіб, які відбували покарання, ніж серед ВІЛ-негативних (ВНЧ). Наркозалежність у ВПЧ було встановлено у 7 разів частіше, ніж у ВНЧ, – 39 %. Але треба зазначити, що загалом, серед усіх хворих на туберкульоз, наркозалежність сягає 30 % і більше, що робить усіх таких хворих групою ризику ін'єкційної трансмісії ВІЛ-інфекції.

Паління тютюну здійснювали 96 % ВПЧ і лише 70 % ВНЧ. Непрацюючими виявилось 82,5 % ВПЧ і лише 54 % ВНЧ, причому 75,7 % ВПЧ не працювали більше 2 років і мали дуже низькі доходи (50 і менше грн. на 1 члена родини). Як чоловіки, так і жінки з обох груп (ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних) у майже однаковій мірі характеризувалися досить ризикованою сексуальною поведінкою. Житлові умови уявлялися дещо гіршими у групі ВІЛ-позитивних хворих.

Клінічна структура туберкульозного процесу у ВІЛ-позитивних хворих практично не відрізнялася від такої в основній масі хворих на туберкульоз з відповідним обліковим статусом (тобто – вперше виявлені, «хроніки» та хворі з рецидивами). Ускладнення туберкульозу спостерігалися значно частіше у ВПЧ, ніж у ВНЧ (43,2 проти 15,0 % відповідно).

Усі ці особливості у відсотковому відношенні для групи ВІЛ-позитивних жінок (ВПЖ) не аналізувалися у зв'язку з вкрай невеликою добіркою (лише 7 осіб).

Треба зазначити, що анкетування хворих з поведінкових питань, зокрема стосовно сексуальних відносин, комерційного сексу тощо, навіть за умов кваліфікованої психологічної підготовки, викликає значні утруднення, що вимагає сумнівного ставлення до їх результатів, які наводяться у спеціальній літературі і навіть в обліковій документації.

Серед вперше виявлених за п'ятирічний період (2002-2007 рр.) 153 дітей, хворих на туберкульоз, поєднану патологію було виявлено у 16 (10,5 %).

Спочатку підозра на ВІЛ-асоційований туберкульоз виникла за цей час загалом відносно 34 дітей, яких було спрямовано у дитяче відділення облтубдиспансеру, але у процесі спостереження діагноз туберкульозу не був підтверджений в 11 дітей, а у 7 – контрольні тести на антитіла до ВІЛ через 18 місяців дали негативний результат, клінічні ознаки, характерні для ВІЛ-інфекції, не виявлялися.

В 15 з 16 дітей (9 – віком до 3 років), в яких діагноз сполученої патології було підтверджено, встановлено вертикальний шлях передачі інфекції від ВІЛ-інфікованих матерів і лише в одному випадку – придбаний шлях інфікування (14-річний безпритульний хлопчик – шприцевий наркоман, мабуть, інфікувався ін'єкційним шляхом). 13 дітей були міськими мешканцями, 1 – сільський і 2 – безпритульні.

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

Перебіг процесу, рентгенологічна динаміка та результати лікування при своєчасно виявленому туберкульозі органів дихання у ВІЛ-інфікованих дітей були задовільними і суттєво не відрізнялися від таких за відсутності ВІЛ-інфекції. Призначення (за показаннями) антиретровірусної терапії прискорювало зворотний розвиток туберкульозних змін.

Поряд з цим, ВІЛ-асоційований туберкульоз центральної нервової системи характеризується тяжким перебігом, лікування виявляється невдалим. Обидва таких випадки, що нами спостерігалися, закінчилися летально.

Усі 6 випадків смерті за ці роки дітей, хворих на туберкульоз, були пов'язані з наявністю в них ВІЛ-інфекції, причому в 4 з них діагноз було встановлено лише при розтині.

Тестовано (на основі ДКТ) на ВІЛ у тубзакладах області за 2003–2007 рр. було понад 13,3 тис. осіб. Зокрема, за 2007 р. тестування було запропоновано 3691 пацієнту, здійснено за згодою в 3288 з них (89 %). Позитивний результат отримано у 263 хворих (8 %).

Висновки

1. Проблеми епідемії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу і наркоманії тісно взаємопов'язані та взаємообумовлені. Сполучення цих епідемій потребує принципово нового розуміння і розробки якісно нових, єдиних та адекватних підходів до питань боротьби і профілактики ВІЛ-інфекції у суспільстві і, зокрема, серед хворих на туберкульоз. Такі програми повинні будуватися на адресному принципі, а заходи щодо їх втілення мають здійснюватися постійно, для нових поколінь, які підключаються до епідемічного процесу без необхідних знань і навичок.

2. Зростання кількості нових випадків і розповсюдженості ВІЛ-асоційованого туберкульозу, яке спостерігається в Одеській області, як і загалом в Україні, вимагає подальшого посилення координованих зусиль загально-лікувальних, спеціалізованих та санітарно-протиепідемічних закладів щодо профілактики, своєчасного виявлення та повноцінного лікування таких хворих.

3. Для підвищення ефективності протидії поєднаній патології туберкульоз + ВІЛ/СНІД в умовах епідемії необхідно, зокрема, законодавчо встановити обов'язкове тестування на ВІЛ усіх, без винятку, хворих на активний туберкульоз і повноцінне обстеження усіх ВІЛ-інфікованих на туберкульоз, а також забезпечити реальний безоплат-

ний доступ до ВААРТ для усіх хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, яким вона показана.

Література

1. Глобальная борьба с туберкулезом в 2008 г. ВОЗ. Женева, 2009. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/key_points/ru/print.html.
2. ВІС-інфекція (епідеміологія, патогенез, клініка) / Сервецький К.Л., Усиченко Н.Ю., Напханюк В.К. и др. – Одеса, 1999. – 121 с.
3. Щербинська А.М., Бочкова Л.В., Александрін А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні // Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки (матеріали наради-семінару). – Сімферополь, 2008. – С. 79-80.
4. Щербинська А.М., Миронюк І.С., Молчанець О.В. Організаційні засади протидії ВІЛ-інфекції в Україні // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 2. – С. 5-11.
5. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 31. – Київ, 2009. – 32 с.
6. HIV/AIDS Sentinel Surveys in Odessa / Pozdnyakov S.V., Gerasimenko T.V., Mogilevsky L.Y. et al. // J. Human Virology (Baltimore, USA). – 2003. – V. 5, N 1. – P. 92.
7. Феценко. Ю.І. Стан надання фтизіатричної допомоги населенню України // Укр. пульмонол. журн. – 2008. – № 3 (Додаток). – С. 7-9.
8. Туберкульоз в Україні // Аналітично-статистичний довідник за 1997-2007 роки. – Київ, 2008. – 70 с.
9. Туберкульоз в Україні // Аналітично-статистичний довідник за 1998-2008 роки. – Київ, 2009. – 88 с.
10. Ковалевська Л.А., Костишин А.Ф. Сучасний стан проблеми сполучення ВІЛ-інфекції і туберкульозу // Одеський мед. журн. – 2005. – № 3. – С. 60-63.
11. До характеристики епідемічної ситуації з ВІЛ-асоційованого туберкульозу в Одеській області / Філюк В.В., Авербух Л.Г., Поздняков С.В. та ін. // Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки (матеріали наради-семінару). – Одеса, 2007. – С. 94-95.
12. Стан та проблеми організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-асоційований туберкульоз в Україні / Петренко В.І., Єщенко О.Г., Стополянський О.В. та ін. // Укр. пульмонол. журн. – 2008. – № 3 (Додаток). – С. 12-15.
13. Tuberculosis + HIV/AIDS + Drug Abuse Epidemic in the Ukraine / Pozdnyakov S.V., Gerasimenko T.V., Mogilevsky L.Y. et al. // 4-th World Congress on Tuberculosis. – Washington USA, 2002. – P. 93-94.

PROBLEM OF AIDS-ASSOCIATED TUBERCULOSIS IN UKRAINE AND IN ODESA REGION

S.V. Pozdnyakov, L.H. Averbukh, V.V. Filiuk, O.V. Pavlova, H.V. Malikova, O.V. Nikolayevska, O.O. Neduzhko

SUMMARY. The problems of epidemics of tuberculosis, HIV/AIDS and narcomany are closely interrelated and interdependent. Their coexistence has led to the appearance of extremely urgent and threatening third problem – HIV-associated tuberculosis, which requires a fundamentally new

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

understanding and the development of qualitatively new, common and adequate approaches deal with the questions of struggle against HIV-infection and its prophylactics in the community and, in particular among tuberculosis patients. To the greatest extent it relates to HIV-infection and especially to HIV-associated tuberculosis. One of the most effective and necessary means of response to combat the join

pathology – HIV-associated tuberculosis is the legislative fastening of mandatory periodic medical examination for tuberculosis of people living with HIV and HIV-testing of tuberculosis patients, as well as the provision of real free access to antiretroviral therapy for all patients with HIV-associated tuberculosis who have indications for therapy.

Key words: HIV/AIDS, tuberculosis, epidemiology.

Шановні колеги!

Інформуємо Вас, що на 2010 р. заплановані такі форуми інфекціоністів:

1. 20-21 травня в м. Запоріжжя відбудеться науково-практична конференція і пленум Асоціації інфекціоністів України «**НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ І ТЕРАПІЇ ВІРУСНИХ ХВОРОБ**».

2. 6-8 жовтня в м. Вінниця відбудеться з'їзд інфекціоністів України «**ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ДОСЯГНЕННЯ І ПРОБЛЕМИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ТЕРАПІЇ**».

Детальніша інформація буде опублікована в наступних номерах журналу.

Оргкомітет.