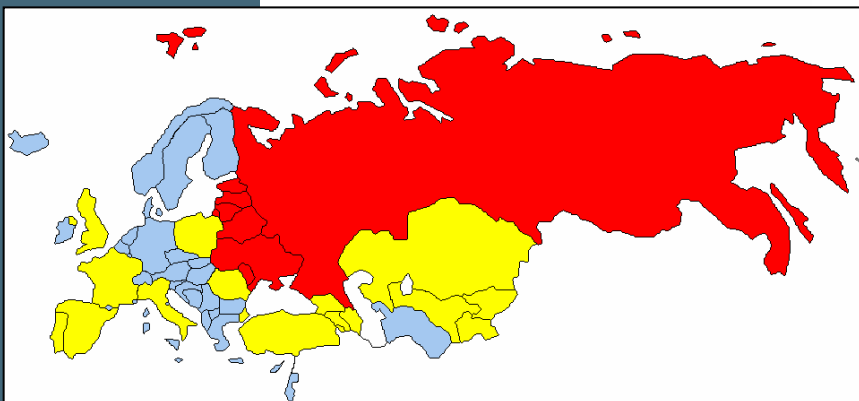


EUR/03/5037600



ЕВРОПА



Авторы: Pierpaolo de Colombani
Nicholas Banatvala
Richard Zaleskis
Dermot Maher

Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ



ЕВРОПА

Европейская базовая
стратегия снижения
бремени ТБ/ВИЧ

Резюме

В странах Западной и Центральной Европы происходит снижение уровней заболеваемости туберкулезом, однако в странах Восточной Европы бремя этой болезни все еще велико и продолжает возрастать. В странах Восточной Европы также резко возрастают уровни заболеваемости ВИЧ/СПИДом. В будущем ожидается значительный рост заболеваемости и смертности от туберкулеза, связанного с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ).

Целью данной базовой стратегии является обеспечение европейских стран руководством для разработки своих национальных планов по снижению уровней заболеваемости и смертности от ТБ/ВИЧ. Стратегия является результатом интенсивного процесса консультаций, проведенных Европейским региональным бюро ВОЗ с организациями и структурами, отвечающими за программы борьбы против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, и с их партнерами. Она основывается на стратегиях борьбы с туберкулезом и профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, разработанных на глобальном и европейском уровнях.

Стратегия обеспечивает основу для эффективного сотрудничества между национальными программами по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу. Она включает пять стратегических компонентов (политическая приверженность, совместная профилактика, активное выявление случаев заболевания, координированное лечение, усиление эпиднадзора) и восемь основных направлений деятельности (централизованная координация, разработка политики, эпиднадзор, обучение, управление поставками, предоставление услуг, укрепление здоровья, научные исследования).

Ключевые слова

TUBERCULOSIS – prevention and control
HIV INFECTIONS – prevention and control
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE
HEALTH POLICY
DELIVERY OF HEALTH CARE
NATIONAL HEALTH PROGRAMS
EUROPE

ISBN 92 890 1089 4

Обращения с просьбами относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять:

По электронной почте: относительно присылки экземпляров публикаций по адресу publicationrequests@euro.who.int; с просьбой разрешить их перепечатку – по адресу: permissions@euro.who.int; с просьбой разрешить их перевод – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте: Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Документ подготовлен Pierpaolo de Colombani (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания), Nicholas Banatvala (Департамент международного развития, Лондон, Соединенное Королевство), Richard Zaleskis (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания) и Dermot Maher (штаб-квартира ВОЗ, Женева, Швейцария).

Документ рассмотрен группой экспертов в составе: Татьяна Александрина (национальная программа борьбы с туберкулезом, Киев, Украина), Andrew Ball (штаб-квартира ВОЗ, Женева, Швейцария), Damijan Erzen (национальная программа борьбы с туберкулезом, Голник, Словения), Dominique Farge-Bancel (больница Сен-Луи, Париж, Франция), Peter Godfrey-Faussett (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство), Andrea Infuso (программа эпиднадзора за туберкулезом в Европе – EuroTB, Сен-Морис, Франция), Srdan Matic (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания), Giovanni B. Migliori (фонд S. Maugeri, Традате, Италия), Murdo Bijl (СПИД фонд Восток-Запад, Москва, Российская Федерация), Hans Rieder (Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких, Париж, Франция), Татьяна Шумилина (ЮНЭЙДС, Москва, Российская Федерация), Jaap Veen (Королевская ассоциация по борьбе с туберкулезом (KNCV), Гаага, Нидерланды) и Isabel Yordi Aguirre (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания).

Ценный вклад в подготовку этого документа внесли Ирина Ерамова, Barbara Hauer, Jane Leese, Pieter Van Maaren, Emanuele Pontali, Pilar Ramon-Pardo, Alasdair Reid, Jerod Scholten и Anna Thorson.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>стр.</i>
Сокращения.....	i
1. Введение.....	1
2. История вопроса.....	3
2.1 Связь между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.....	3
2.2 Эпидемиология.....	4
3. Цели, руководящие принципы и задачи.....	5
3.1 Цель.....	5
3.2 Руководящие принципы.....	5
3.3 Задачи.....	6
4. Приоритетные задачи по борьбе с ТБ/ВИЧ в Европе.....	7
4.1 Определение приоритетных задач в странах.....	7
4.2 Группы высокого риска в отношении ВИЧ и ТБ.....	9
5. Стратегические компоненты.....	10
5.1 Политическая приверженность.....	11
5.2 Совместная профилактика.....	11
5.3 Активная работа.....	13
5.4 Координированное лечение.....	13
5.5 Усиление эпиднадзора.....	14
6. Основные направления деятельности.....	14
6.1 Централизованная координация.....	15
6.2 Разработка политики.....	15
6.3 Эпиднадзор.....	16
6.4 Обучение.....	17
6.5 Управление поставками.....	17
6.6 Предоставление услуг.....	18
6.7 Укрепление здоровья.....	20
6.8 Научные исследования.....	20
Приложение 1. Основные определения.....	22
Приложение 2. Основные показатели мониторинга и контроля за осуществлением программ борьбы с ТБ/ВИЧ.....	25
Приложение 3. Важнейшие меры борьбы с ВИЧ/СПИДом и ТБ.....	27

Сокращения

СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
АРТ	антиретровирусная терапия
АРВ	антиретровирусный
CD4	количество CD4+ Т-лимфоцитов для оценки состояния иммунной системы
DOTS	рекомендованная ВОЗ стратегия борьбы с туберкулезом (краткосрочный курс лечения под непосредственным наблюдением)
DOT	лечение под непосредственным наблюдением
GDF	глобальная система обеспечения противотуберкулезными лекарственными средствами
GFATM	Глобальный фонд для борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии
ВААРТ	высокоактивная ретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПЛИ	профилактическое лечение изониазидом
ТБМЛУ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ИСУ	информационная система управления
ПИМР	передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку
МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПО	неправительственные организации
ПЭП	постэкспозиционная профилактика ВИЧ-инфекции
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
РКС	работник коммерческого секса
ТБ	туберкулез
ТБ/ВИЧ	туберкулез, связанный с ВИЧ-инфекцией
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

ДКТ добровольное консультирование и тестирование
(в отношении ВИЧ-инфицирования)

ВОЗ Всемирная организация здравоохранения

1. Введение

В 1993 г. (1) Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез проблемой глобального уровня, требующей незамедлительного вмешательства, а в 1994 г. сформулировала стратегию DOTS по борьбе с ТБ (2). Позднее ВОЗ опубликовала расширенную стратегию по эффективной борьбе с ТБ, охватывающую технический, управленческий, социальный и политический аспекты (3). К 2002 г. 155 стран осуществляли стратегию DOTS (4). Однако, по имеющимся данным, лишь 33% всех случаев ТБ в мире в 2001 г. подверглись лечению в рамках DOTS, при этом различия между регионами были весьма значительными. Согласно имеющимся данным, в Европейском регионе ВОЗ лишь 13% населения охвачены стратегией DOTS, что является самым низким показателем из всех регионов ВОЗ.

В 2001 г. Организация Объединенных Наций объявила, что вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) является глобальной проблемой разрушительного действия, требующей незамедлительного вмешательства. Государства-члены приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (5), взяв на себя обязательства по принятию неотложных мер для разрешения кризисной ситуации в отношении ВИЧ/СПИДа. Задачей первостепенного значения является обеспечение доступа к медико-санитарной помощи и поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), а также расширение масштабов антиретровирусной терапии в целях охвата ею 3 млн. ЛЖВС к 2005 г. (6).

ТБ и ВИЧ/СПИД являются глобальными проблемами общественного здравоохранения, при этом они в значительной степени взаимосвязаны. На глобальном уровне туберкулез является главной причиной смертности среди ЛЖВС. ВИЧ является важнейшим фактором, способствующим развитию эпидемии туберкулеза в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. Учитывая наличие тесной взаимосвязи между эпидемиями туберкулеза и ВИЧ-инфекции, в рамках глобального партнерства по инициативе “Остановить туберкулез” (<http://www.stoptb.org>) в 2001 г. была создана рабочая группа по

ТБ/ВИЧ, целью которой является координация и содействие осуществлению мер по снижению бремени заболеваемости туберкулезом, связанным с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ). Рабочая группа разработала глобальную базовую стратегию в области ТБ/ВИЧ (7) и соответствующие методические рекомендации по ее осуществлению (8), которые следует адаптировать применительно к каждому региону ВОЗ.

В странах Западной и Центральной Европы¹ заболеваемость ТБ снижается, однако в странах Восточной Европы² бремя этой болезни все еще остается на высоком уровне и продолжает повышаться (9). Уровень распространения ВИЧ/СПИДа, ранее достигавший высоких показателей в странах Западной Европы, в настоящее время резко возрастает в странах Восточной Европы. В будущем в Европе ожидается значительный рост заболеваемости и смертности в связи с ТБ/ВИЧ.

В 2002 г. Европейский региональный комитет ВОЗ призвал государства-члены разработать всесторонние, многосекторальные национальные стратегические планы и программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом (10), а также содействовать эффективному сотрудничеству между программами по профилактике туберкулеза и ВИЧ-инфекции и борьбе с ними (11). Настоящая базовая стратегия основывается на вновь принятых обязательствах по борьбе против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в Европе. Она является результатом процесса проведения многочисленных консультаций, включая рабочие совещания по борьбе с туберкулезом в Европе (2001–2003 гг.), которые проводились в Вольфхезе Европейским региональным бюро ВОЗ, а также организациями и структурами, ответственными за национальные программы по ВИЧ/СПИДу и национальные программы по туберкулезу, а также их партнерами.

¹ В число стран Центральной Европы входят: Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Венгрия, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Словения, Бывшая Югославская Республика Македония и Турция.

² В число стран Восточной Европы входят: Армения, Азербайджан, Беларусь, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан.

Целью данной базовой стратегии является обеспечение европейских стран руководством для разработки своих национальных планов по снижению уровней заболеваемости и смертности от ТБ/ВИЧ. Она основывается на стратегиях борьбы с туберкулезом (3,12,13), а также профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа (14), разработанных на глобальном и европейском уровнях, и обеспечивает основу для принятия эффективных мер, направленных на борьбу с ТБ/ВИЧ, включая сотрудничество между национальными программами по ВИЧ/СПИДу и национальными программами по туберкулезу. В документе определены группы повышенного риска в отношении ТБ и ВИЧ, а также необходимые стратегические компоненты и направления действий, имеющие ключевое значение. Документ адресован преимущественно ответственным сотрудникам министерств и ведомств (в особенности министерств здравоохранения, юстиции и внутренних дел), международным учреждениям и неправительственным организациям (НПО).

Данная базовая стратегия в будущем будет пересматриваться ВОЗ по мере появления новых фактических данных в целях информирования лиц, определяющих политику и занимающихся практической деятельностью, связанной с ТБ/ВИЧ. Просим направлять ваши мнения и замечания в адрес Европейского регионального бюро ВОЗ.

2. История вопроса

2.1 Связь между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией

Существует несколько механизмов воздействия ВИЧ-инфекции на распространение эпидемии туберкулеза (15, 16). Наличие ВИЧ-инфекции является самым мощным из известных факторов, способствующих развитию активной формы ТБ у носителей латентной инфекции *Mycobacterium tuberculosis*. Наличие ВИЧ-инфекции также повышает вероятность развития рецидивирующего туберкулеза путем эндогенной реактивации или экзогенного реинфицирования. Рост числа случаев заболевания туберкулезом среди ЛЖВС увеличивает риск распространения туберкулеза среди населения в целом,

независимо от наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции. Чем выше уровень иммунодефицита, при котором у ЛЖВС обычно развивается туберкулез, тем выше вероятность летального исхода.

Туберкулез может оказывать неблагоприятное воздействие на естественное течение болезни у лиц со СПИДом и сочетанной инфекцией путем стимулирования репликации ВИЧ непосредственно *M. tuberculosis* и ее клеточными компонентами и/или опосредованно за счет высвобождения цитокинов (17, 18). Однако эти данные основываются преимущественно на исследованиях, проведенных *in vitro* (19), и пока полностью не подтверждены эпидемиологическими исследованиями.

2.2 Эпидемиология

По оценкам ВОЗ, в 2001 г. в Европе насчитывалось 484 000 новых случаев заболевания туберкулезом, что составляет 6% от глобального бремени туберкулеза. Российская Федерация занимает девятое место в списке стран, имеющих самое большое бремя заболеваемости туберкулезом в мире. В Европе частота случаев заболевания туберкулезом колеблется в очень широких пределах – от 5 на 100 000 населения в Швеции до 181 на 100 000 населения в Казахстане (4). Соотношение новых случаев возникновения туберкулеза легких с положительным результатом исследования мазка мокроты между женщинами и мужчинами составило 0,4. Этот показатель наводит на мысль о необходимости проведения научных исследований по изучению вопроса о гендерном неравенстве в доступе к службам по профилактике и лечению туберкулеза в ряде мест (20). Высокие уровни заболеваемости туберкулезом связаны с социально-экономическим кризисом, недостатками систем здравоохранения, эпидемиями ВИЧ-инфекции и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, а также низкой эффективностью мер борьбы с туберкулезом среди уязвимых групп населения (21). Недавно проведенный анализ показывает, что 2,6% всех новых случаев ТБ в Европе в 2000 г. связаны с сопутствующей ВИЧ-инфекцией (22). По имеющимся оценкам, в Российской Федерации 1% всех новых случаев заболевания ТБ приходится на долю ВИЧ-положительных лиц, а 35% больных СПИДом взрослых умерли от туберкулеза.

По оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и ВОЗ, в Европе в 2001 г. насчитывалось около 1,77 млн. ЛЖВС, что составляет: 4% от глобального бремени ВИЧ/СПИДа (23, 24). Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Европе имеет самые высокие темпы распространения в мире. В странах Восточной и Центральной Европы эпидемия ВИЧ наиболее распространена среди определенных групп высокого риска, в основном среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). В странах Восточной Европы их число резко возрастает в связи с нелегальным оборотом наркотиков на глобальном уровне, безработицей и бедностью. В странах Западной Европы эпидемия ВИЧ началась в 1970–1980-х годах и достигла уровня распространенности 0,3% среди взрослого населения, при этом передача инфекции происходила в основном через мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), и ПИН. Необходимо дальнейшее усиление системы эпиднадзора за ВИЧ для более эффективного мониторинга масштаба эпидемии ВИЧ и существующих тенденций в этом отношении в Европе.

3. Цели, руководящие принципы и задачи

3.1 Цель

Целью данной базовой стратегии является оказание помощи европейским странам в планировании и реализации мероприятий в отношении ТБ/ВИЧ, осуществляемых совместно в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по туберкулезу, с целью снижения заболеваемости и смертности от ТБ, связанного с ВИЧ-инфекцией, и сведение к минимуму воздействия этой проблемы на отдельных людей и общество в целом.

3.2 Руководящие принципы

Данная базовая стратегия основана на следующих руководящих принципах.

- Борьба с ТБ/ВИЧ требует принятия целого ряда мер, включая действия, направленные как непосредственно на борьбу с туберкулезом, так и непосредственно на борьбу с

ВИЧ (и, таким образом, косвенно на борьбу с туберкулезом).

- Национальные программы по ВИЧ/СПИДу и национальные программы по туберкулезу должны получать необходимую поддержку для полной реализации стратегий профилактики ВИЧ/СПИДа и предоставления медико-санитарной помощи и поддержки, а также борьбы с туберкулезом в соответствии со стандартами, рекомендованными на международном уровне.
- Национальные программы по ВИЧ/СПИДу и национальные программы по туберкулезу должны работать совместно с целью обеспечения ЛЖВС и больных туберкулезом высококачественной медико-санитарной помощью на всех этапах.
- Доступ к службам по профилактике и лечению ТБ/ВИЧ является одним из прав человека; при этом должны соблюдаться принципы конфиденциальности, равноправия и исключения дискриминации, в том числе основанной на стигматизации или половой принадлежности.

3.3 Задачи

В отношении ТБ и ВИЧ существуют согласованные на международном уровне глобальные задачи, однако в отношении ТБ, связанного с ВИЧ-инфекцией, конкретные задачи еще не выработаны. В 2000 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, призывающую к тому, чтобы выявлялось не менее 70% всех новых случаев инфицирования туберкулезом и чтобы не менее 85% из этих выявленных случаев были излечены к 2005 г. (25). Цели тысячелетия в области развития, принятые на Всемирной встрече на высшем уровне, посвященной началу тысячелетия, в сентябре 2000 г., включают задачи по остановке к 2015 г. и началу обращения вспять распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза (26). Рабочая группа по ТБ/ВИЧ в настоящее время работает над разработкой глобальных и региональных задач по проблеме ТБ/ВИЧ и показателей, подлежащих мониторингу.

4. Приоритетные задачи по борьбе с ТБ/ВИЧ в Европе

4.1 Определение приоритетных задач в странах

Задачи, которые стоят перед европейскими странами в связи с угрозой ТБ/ВИЧ, носят различный характер. Эпидемиологические показатели распространенности ВИЧ и ТБ, а также характер и объем новых направлений деятельности, необходимых для обеспечения выполнения международных рекомендаций в отношении организации работы служб по профилактике и лечению ТБ и ВИЧ/СПИДа, значительно различаются в этих 52 странах. Страны с высокой частотой случаев, проявляющие тенденцию к ухудшению эпидемиологической ситуации и не обладающие адекватными ресурсами и/или адекватной системой здравоохранения, требуют принятия мер первоочередного характера.

Используя вышеперечисленные критерии, в рамках программы борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП)/ВИЧ/СПИДом и программы борьбы с туберкулезом, осуществляемых Европейским региональным бюро ВОЗ, были определены приоритетные задачи среди европейских стран в соответствии с их потребностями в отношении профилактики ВИЧ/СПИДа и борьбы с ними (27), а также борьбы с туберкулезом (28) на следующие пять лет. В табл. 1 страны распределены на группы по степени приоритетности требуемых вмешательств. Страны, в которых высока потребность в мерах профилактики и борьбы как с ВИЧ/СПИДом, так и с ТБ, также в наибольшей степени нуждаются в решении проблемы ТБ/ВИЧ.

Таблица 1. Распределение стран Европейского региона по группам в соответствии с уровнем потребности в мерах профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и борьбы с туберкулезом

Уровень потребности в профилактике ВИЧ/СПИДа и борьбы с ними	Высокая			Беларусь, Эстония, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина
	Средняя	Италия, Франция, Соединенное Королевство	Польша, Португалия, Испания, Турция	Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Румыния, Таджикистан, Узбекистан
	Низкая	Андорра, Австрия, Бельгия, Чешская Респ., Кипр, Дания, Финляндия, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Израиль, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Сан-Марино, Словакия, Словения, Швеция, Швейцария	Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Венгрия, Сербия и Черногория, Бывшая Югославская Республика Македония	Туркменистан
		Низкая	Средняя	Высокая
Уровень потребности в борьбе с туберкулезом				

4.2 Группы высокого риска в отношении ВИЧ и ТБ

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) подвергаются риску заражения ВИЧ-инфекцией, ТБ и, при определенных условиях, ТБ с множественной лекарственной устойчивостью. Более двух третей новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы приходится на долю ПИН (29). Примерно 1% или более населения стран Восточной Европы (за исключением Эстонии, Латвии и Литвы) относится к числу ПИН, при этом половина из них моложе 25 лет. Сексуальные партнеры ПИН подвергаются риску заражения ВИЧ-инфекцией. Часто потребители инъекционных наркотиков предоставляют сексуальные услуги в коммерческих целях, для того чтобы иметь средства для покупки наркотиков, что повышает риск распространения ВИЧ-инфекции среди населения в целом.

Работники коммерческого секса (РКС) подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией вследствие таких форм поведения, как небезопасный секс и небезопасные способы инъекционного потребления наркотиков. РКС могут представлять собой значительный источник распространения ВИЧ-инфекции среди населения в целом.

Люди, содержащиеся в местах заключения, входят в группу высокого риска заражения туберкулезом, особенно в переполненных тюрьмах. Кроме того, в места заключения часто попадают лица из групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией (30), что связано с незаконным характером потребления наркотиков и предоставления сексуальных услуг, а также с высокими уровнями преступности среди ПИН в целях изыскания средств для приобретения наркотиков. Риск инфицирования и заболевания ТБ всегда выше среди заключенных по сравнению с населением в целом, и этот риск возрастает с увеличением срока заключения. Борьба с ТБ среди заключенных характеризуется следующими особенностями: быстрое развитие клинической картины ТБ среди ВИЧ-положительных заключенных; распространение ТБ среди других заключенных и персонала мест заключения; распространение ТБ за пределы мест заключения, среди населения в целом, что происходит в тех случаях, когда заключенные нуждаются в

больничном уходе или освобождаются; а также дополнительные расходы на изоляцию, исследования и лечение выявленных случаев (31, 32).

Мигрирующие группы населения составляют официально 2,7% всего населения Европы или около 1%, если считать только лиц, пребывающих из стран, находящихся за пределами Европейского региона (33). Мигранты как из европейских, так и неевропейских стран вносят свою лепту в развитие эпидемии туберкулеза (9, 34) и ВИЧ-инфекции. Трудности в общении, в доступе к службам медико-санитарной помощи, гендерные барьеры и часто неопределенный юридический статус иммигрантов создают особые проблемы в борьбе с ТБ и профилактике и лечении ВИЧ-инфекции в этой группе населения.

Потребители медицинских услуг и работники здравоохранения часто подвергаются повышенному риску воздействия *M. tuberculosis* (35). Высока вероятность заражения ТБ в больницах от людей с невыявленным туберкулезом легких, которые не получают противотуберкулезного лечения и не изолированы (36). Развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, который часто встречается в сочетании с ВИЧ-инфекцией, создает особые трудности для служб здравоохранения. Внутрибольничное распространение ТБ среди ВИЧ-инфицированных пациентов в Европе явилось причиной вспышек заболеваемости с высоким уровнем летальности. У ВИЧ-инфицированных лиц наблюдаются высокие показатели заражаемости ТБ и более короткий инкубационный период развития этой болезни, они также более уязвимы к повторному инфицированию, включая реинфицирование лекарственно устойчивыми штаммами.

5. Стратегические компоненты

Базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ в Европе основана на сотрудничестве в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по туберкулезу в целях активизации деятельности в отношении пяти компонентов: политическая приверженность, совместная профилактика, активное выявление случаев заболевания, координированное лечение и усиление эпиднадзора. Сотрудничество в рамках

национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по туберкулезу основано на руководящих принципах, приведенных в разделе 3.

- 5.1 **Политическая приверженность** необходима для обеспечения полной реализации стратегий профилактики ВИЧ/СПИДа и борьбы с ними и борьбы с ТБ, а также успеха совместных усилий по решению проблемы ТБ/СПИДа, предпринимаемых в рамках этих программ. Координация деятельности, отраслевое и межотраслевое сотрудничество и дополнительная политическая и финансовая поддержка могут быть обеспечены путем создания национального комитета высокого уровня. Для того чтобы заручиться поддержкой правительства и получить дополнительные ресурсы, следует использовать существующие международные инициативы, такие как партнерство “Остановить туберкулез” и Глобальный фонд для борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии (<http://www.globalfundatm.org>).
- 5.2 **Совместная профилактика** передачи туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Основными задачами национальной программы по ВИЧ/СПИДу в области профилактики ВИЧ/СПИДа являются пропаганда более безопасного секса и более безопасного инъекционного потребления наркотиков, лечение ИППП, проведение скрининга крови на ВИЧ, принятие универсальных мер предосторожности, обеспечение мер профилактики по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ПИМР) и ранняя диагностика ВИЧ-инфекции. Все эти меры могут способствовать сокращению числа случаев передачи ВИЧ-инфекции, и таким образом снижению бремени ТБ/ВИЧ. Основной задачей национальной программы борьбы с ТБ является полная реализация международной стратегии борьбы с туберкулезом. Для совместных действий в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по ТБ рекомендуются следующие конкретные профилактические меры: профилактическое лечение изониазидом, меры по охране окружающей среды, и постконтактная профилактика.

5.2.1 Профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) должно предоставляться ЛЖВС с положительной реакцией на туберкулин при проведении диагностического исследования. Это снижает риск прогрессирования *M. Tuberculosis* у недавно инфицированных лиц и реактивации латентной инфекции (37, 38). При этом требуется выполнение двух важных условий: исключение наличия активной формы ТБ и обеспечение соблюдения предписанного лечения (39). Широко используемый 6-месячный курс лечения основывается на проведенном исследовании по изучению экономической эффективности такого лечения (40, 41). Для обеспечения максимальной эффективности ПЛИ, в зависимости от конкретных условий, период лечения может быть продлен до 9 месяцев (42, 43). В условиях часто встречающейся резистентности к изониазиду необходимо получение дополнительных фактических данных для решения вопроса об использовании ПЛИ (43).

5.2.2 Потребители медицинских услуг и работники здравоохранения подвергаются повышенному риску заражения ТБ и ВИЧ-инфекцией в медико-санитарных учреждениях; это относится также к некоторым другим местам (таким, как места лишения свободы). Меры биологической защиты (35) могут способствовать снижению заражаемости ТБ при минимальных дополнительных затратах. Такие меры включают отдельное содержание или изоляцию инфицированных лиц (после выявления ТБ на ранней стадии и лечения), проветривание помещений, ношение пациентами защитных лицевых повязок, соблюдение требований безопасности при проведении лабораторных исследований и удаление отходов. В условиях, где находятся ВИЧ-инфицированные и больные ВИЧ/СПИДом и ТБ, следует также соблюдать универсальные меры предосторожности (44).

5.2.3 Во всех местах, включая противотуберкулезные учреждения, следует уделять особое внимание профилактике возможного профессионального контакта с

кровью или биологическими жидкостями, которые могут содержать ВИЧ. Должен быть обеспечен доступ к мерам постэкспозиционной профилактики (ПЭП) ВИЧ-инфекции для безотлагательного принятия мер в соответствии с существующими рекомендациями (45).

- 5.3 **Активная работа по выявлению случаев** ВИЧ-инфекции у больных ТБ и выявлению ТБ у ЛЖВС является одной из приоритетных задач, особенно в группах высокого риска, отмеченных в предыдущем разделе. Путем ранней диагностики обоих состояний можно ограничить передачу инфекции, снизить связанную с этим заболеваемость и смертность и улучшить качество жизни людей. Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) является важным начальным этапом для предоставления ЛЖВС комплексной медицинской помощи. Это включает также проведение антиретровирусной терапии (АРТ) среди больных туберкулезом и скрининг ЛЖВС на ТБ с последующим лечением или проведением ПЛИ (46). Обследование ЛЖВС с респираторными симптомами, сходными с симптомами туберкулеза, всегда должно включать микроскопическое исследование мазка мокроты (а также культуральное исследование на *M. Tuberculosis*, где это возможно).
- 5.4 **Координированное лечение** ЛЖВС при наличии у них ТБ с использованием противотуберкулезных и антиретровирусных лекарственных средств требует осторожного клинического подхода. Лечение туберкулеза обычно должно иметь приоритетное значение по сравнению с проведением антиретровирусной терапии (АРТ). Такое лечение должно включать прием рифампицина, проводиться безотлагательно и под непосредственным наблюдением. Необходима тщательная оценка ситуации при принятии решения о том, когда следует приступить к проведению АРТ ввиду возможности взаимодействия между антиретровирусными препаратами и рифампицином и существующего риска парадоксальной реакции (в связи с синдромом перестройки иммунной системы). Лечение

антиретровирусными препаратами больных туберкулезом легких, у которых уровень CD4 Т-лимфоцитов превышает 200 на мм³, следует отложить до завершения лечения туберкулеза. У пациентов с высоким риском прогрессирующего развития ВИЧ-инфекции и смертности – в случаях внелегочного туберкулеза или уровня CD4 менее 200 на мм³ – АРТ следует проводить параллельно с лечением туберкулеза. В последних публикациях (47, 48) представлены дальнейшие рекомендации по лечению ЛЖВС, страдающих туберкулезом. Для обеспечения соблюдения пациентами предписанной АРТ среди прочих мер можно использовать лечение под непосредственным наблюдением (DOT).

- 5.5 **Усиление эпиднадзора** имеет чрезвычайно важное значение для борьбы с ТБ (49, 50) и ВИЧ/СПИДом (51, 52). Эффективный эпиднадзор предоставляет данные, которые могут быть использованы для разработки основанной на фактических данных политики, мониторинга программ и оценки их результатов. Эффективная система эпиднадзора должна определять количество и процентное соотношение ЛЖВС, страдающих ТБ, количество и процентное соотношение больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией, факторы риска, связанные с ТБ/ВИЧ-инфекцией, гендерные различия, способы и результаты оказания помощи (53, 54), а также степень лекарственной устойчивости (55). Для выполнения этих функций системы эпиднадзора за распространением ТБ и ВИЧ/СПИДа должны быть в достаточной степени интегрированными. Эффективные методы объединения и согласования данных по ТБ и ВИЧ/СПИДу должны предусматривать соблюдение права человека на конфиденциальность (56). Уведомление человека о выявлении у него ВИЧ-инфекции, равно как и других болезней, должно проводиться с соблюдением принципа конфиденциальности.

6. Основные направления деятельности

Для успешной реализации всех пяти компонентов стратегии борьбы с ТБ/ВИЧ в рамках национальных программ по

ВИЧ/СПИДу и национальных программ по ТБ должны предприниматься совместные усилия для осуществления деятельности по восьми основным направлениям: централизованная координация, разработка политики, эпиднадзор, обучение, управление обеспечением лекарственными средствами, предоставление услуг, укрепление здоровья и научные исследования. Каждая страна должна определить наиболее эффективный подход к реализации этих основных направлений действий с учетом эпидемиологической ситуации в отношении ТБ/ВИЧ, организации системы здравоохранения и наличия ресурсов. Важное значение имеет привлечение и полноценное участие ЛЖВС и больных ТБ в разработке, планировании, осуществлении и оценке мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ.

- 6.1 **Централизованная координация**, осуществляемая национальным координационным комитетом по ТБ/ВИЧ, обеспечивает возможность проводить совместное планирование, осуществление, мониторинг и оценку мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по туберкулезу. В составе комитета должны входить представители руководства центральных и периферийных подразделений соответствующих министерств (например, здравоохранения внутренних дел и юстиции), а также представители гражданского общества (например, организаций пациентов, других НПО и частного сектора).
- 6.2 **Разработка политики** содействует эффективной координации и сотрудничеству по осуществлению мер борьбы с ТБ/ВИЧ. Основными направлениями работы являются: i) разработка политики, направленной на более тесное сотрудничество между национальными программами по ВИЧ/СПИДу и национальными программами по ТБ; ii) изучение методических указаний национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по ТБ с целью обеспечения должного внимания к проблеме ТБ/ВИЧ; iii) разработка национальных протоколов и стандартов надлежащей клинической практики, включая вопросы этики и конфиденциальности; iv) развитие партнерств с заинтересованными сторонами,

включая НПО (например, организации пациентов и благотворительные организации) и частные структуры;

v) создание систем предоставления специализированной помощи для совместного использования в рамках как национальных программ по ВИЧ/СПИДу, так и национальных программ по ТБ. Следует создать консультативную группу для разработки национальной политики и руководящих принципов в отношении ТБ/ВИЧ. В состав этой группы должны входить эпидемиологи, а также представители служб общественного здравоохранения, министерства здравоохранения, других соответствующих министерств, НПО и других партнерских организаций, таких как специализированные учреждения по ВИЧ/СПИДу и по борьбе с наркотиками.

- 6.3 **Эпиднадзор** является важным компонентом мониторинга хода работы по осуществлению действий, направленных на решение проблемы ТБ/ВИЧ (например, оценка результатов деятельности среди различных групп населения), и оценки хода работы по достижению целей. В Приложении 2 приводится перечень показателей в отношении ТБ/ВИЧ, которые могут использоваться в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по ТБ, для чего может потребоваться пересмотр форм и регистров для сбора данных. В рамках сотрудничества между национальными программами по ВИЧ/СПИДу и национальными программами по ТБ должна быть обеспечена возможность совместного использования данных с сохранением конфиденциальности информации о больных. Направление пациентов к специалистам должно надлежащим образом регистрироваться. Сбор и анализ данных по возрастным группам и по половому признаку помогает выяснить величину и характер различий между полами, а также предоставлять соответствующую информацию для использования в рамках программ по профилактике и оказанию медицинской помощи. Национальные и региональные отчеты по эпиднадзору в области ВИЧ/СПИДа должны включать туберкулез в качестве болезни, связанной с ВИЧ-инфекцией, имеющей

приоритетное значение, а отчеты по туберкулезу должны включать вопросы ВИЧ-инфекции как важного фактора, влияющего на распространение туберкулеза.

- 6.4 **Обучение** по месту работы должно планироваться для персонала и других лиц, предоставляющих медицинские услуги (например, на добровольных началах), с целью повышения уровня знаний в отношении передачи, профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, ТБ и ТБ/ВИЧ. Программа обучения должна также включать информацию об универсальных мерах предосторожности в отношении ВИЧ, а также мерах профилактики передачи ВИЧ и ТБ в особых условиях (в больницах, учреждениях по лечению наркозависимости и тюрьмах). Также важно обучение методам эффективного общения с пациентами, особенно учитывая существующие барьеры, возникающие в результате негативного отношения со стороны общества и социальных различий. Для подготовки дипломированных специалистов и повышения квалификации медицинского персонала, участвующего в осуществлении программ по ВИЧ/СПИДу и ТБ, важное значение имеет развитие сотрудничества между университетами, другими учебными заведениями, профессиональными обществами и НПО.
- 6.5 **Управление поставками** играет важную роль в обеспечении бесперебойного снабжения высококачественными противотуберкулезными препаратами. Это дает возможность больным туберкулезом проходить непрерывный курс эффективного лечения и снижает риск развития лекарственной устойчивости. Это же относится и к проведению эффективного профилактического лечения изониазидом. Если обследование ЛЖВС на туберкулез проводится не специализированными противотуберкулезными службами, то они должны быть обеспечены, как минимум, надлежащими медицинскими материалами для сбора мазков мокроты и направления проб для анализа в лаборатории. Управление поставками также является важным элементом национальных программ по ВИЧ/СПИДу, предусматривающих расширение масштабов АРТ для достижения

поставленной цели – обеспечить проведение к АРТ трем миллионам ЛЖВС к 2005 г. Наличие антиретровирусных лекарственных средств может способствовать большей популярности ДКТ. Необходимо сотрудничество между национальными программами по ВИЧ/СПИДу и национальными программами по ТБ для проведения АРМ среди ЛЖВС, страдающих ТБ, в туберкулезном диспансере, инфекционной больнице или учреждении по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Хорошим образцом обеспечения поставок, контроля качества и распределения антиретровирусных лекарственных средств служит глобальная система обеспечения противотуберкулезными лекарственными средствами (GDF).

- 6.6 **Предоставление услуг** включает четкое определение профессиональных и административных функций, необходимых для осуществления совместной деятельности в рамках национальных программ по ТБ и национальных программ по ВИЧ/СПИДу по шести приоритетным направлениям (Приложение 3):
- i) предоставление свободного доступа к ДКТ для всех больных туберкулезом;
 - ii) направление больных туберкулезом, у которых обнаружена ВИЧ-инфекция, для пожизненного оказания поддержки, ухода и лечения ВИЧ;
 - iii) выявление и лечение случаев ТБ среди ЛЖВС;
 - iv) обеспечение профилактического лечения изониазидом ЛЖВС, инфицированных ТБ, но не страдающих открытой формой этой болезни;
 - v) соблюдение универсальных мер предосторожности в отношении ВИЧ и мер экологической защиты от туберкулеза работников служб здравоохранения и лиц, пользующихся их услугами;
 - vi) обеспечение свободного доступа к постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции для всех лиц, подвергшихся опасности заражения ВИЧ.

Эти совместно предоставляемые услуги являются частью основного пакета услуг по ВИЧ/СПИДу, который включает меры, направленные против ВИЧ (и тем самым косвенно против ТБ), и меры, направленные непосредственно против ТБ. Эти услуги могут

предоставляться как на дому, так и на первичном, вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи. Предоставление услуг в каждой стране должно планироваться с учетом эпидемиологической ситуации в отношении ТБ/ВИЧ, организации системы здравоохранения и имеющихся ресурсов. Основными партнерами по предоставлению услуг группам населения с высокой степенью риска заражения ВИЧ и ТБ могут быть НПО. Поскольку многие из ЛЖВС являются потребителями инъекционных наркотиков, предоставление услуг по ТБ/ВИЧ следует также предусмотреть в рамках учреждений по лечению наркозависимости. Услуги на уровне местных служб включают поддержку ЛЖВС и больных туберкулезом со стороны местного населения в целях обеспечения соблюдения ими предписанного лечения. В сферу деятельности служб первичной медико-санитарной помощи входит ДКТ, ПЛИ и лечение ТБ. Национальные программы по ВИЧ/СПИДу и национальные программы по ТБ должны сотрудничать для изучения возможности совместной организации лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (DOT) и проведения АРТ. Следует также рассмотреть вопрос соблюдения универсальных мер предосторожности в отношении ВИЧ и мер экологической защиты от туберкулеза, начиная с уровня первичной медико-санитарной помощи. Услуги на уровне вторичной медико-санитарной помощи включают диагностирование и лечение распространенных болезней, связанных с ВИЧ, включая туберкулез легких и внелегочные формы туберкулеза (для постановки диагноза обычно требуется проведение таких исследований, как микроскопическое исследование мазка, рентгенография, биопсия и культуральные исследования). В учреждениях вторичного уровня также должны предоставляться услуги по постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Медико-санитарные услуги третичного уровня должны включать диагностику и лечение осложнений болезней, связанных с ВИЧ. Ведение пациентов с ВИЧ/СПИДом и ТБ требует эффективной системы направления их на систематической основе в учреждения специализированной помощи, совместно

используемой службами ВИЧ и ТБ, и предоставления услуг с учетом социальных, гендерных и культурных различий на всех уровнях.

- 6.7 **Укрепление здоровья** путем пропаганды, коммуникации и мобилизации общества является важным элементом для расширения масштабов реализации стратегий ВИЧ/СПИДа и DOTS. Объединение ресурсов и обмен опытом в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДу и национальных программ по ТБ могло бы содействовать большей эффективности пропаганды, коммуникации и мобилизации общества. Расширение аудитории может привести к усилению политической и финансовой поддержки. Для сообществ, требующих эффективных мер профилактики, лечения и ухода в отношении лиц с ВИЧ/СПИДом, ТБ и ТБ/ВИЧ, можно прибегнуть к использованию более эффективных мер и средств социальной мобилизации и расширения сотрудничества с привлечением большего количества партнеров (таких, как НПО и частный сектор).
- 6.8 **Научные исследования** играют важную роль во всех программах общественного здравоохранения. Национальные программы как по ВИЧ/СПИДу, так и по ТБ имеют значительный неиспользованный потенциал для взаимообогащающего сотрудничества в области борьбы с ТБ/ВИЧ. Эпидемиологические исследования и эпиднадзор должны обеспечивать медицинскую общественность данными, позволяющими правильно определить приоритетность различных мероприятий, а также осуществлять контроль за их эффективностью. Клинические исследования могут позволить усовершенствовать методы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц. Исследования (также известные как “операционные исследования”), посвященные анализу эффективности организационно-технических мероприятий, могут позволить улучшить программы активного выявления больных ТБ, ведения пациентов с ТБ/ВИЧ, лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений, подготовки

медперсонала, а также отраслевого и межотраслевого сотрудничества. В странах Центральной и Восточной Европы одним из приоритетов является проведение оценки практической осуществимости программ АРТ и ПЛИ, а также анализа их эффективности, в том числе с экономической точки зрения (28). В местах с высоким показателем резистентности к изониазиду следует организовать научные исследования для подбора наиболее оптимальной схемы профилактического лечения ТБ. Научные исследования могут также помочь определить, какое влияние гендерное неравенство может оказывать на возможность получения доступа к службам противотуберкулезной помощи (57).

Приложение 1

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страны Европейского региона с низким уровнем заболеваемости туберкулезом: европейские страны, в которых число новых зарегистрированных случаев всех форм ТБ составляет менее 20 на 100 000 человек в год.

Лечение под непосредственным наблюдением (DOT): Согласно этой схеме лечения, пациент принимает противотуберкулезные препараты под непосредственным наблюдением медработника или другого должным образом обученного и периодически контролируемого лица. Такой подход – это лишь одна из мер, направленных на поддержку больных туберкулезом и обеспечение соблюдения ими предписанного курса лечения.

Стратегия DOTS: рекомендуемая стратегия борьбы с ТБ, которая на сегодняшний день охватывает также ВИЧ-инфицированных больных ТБ и больных с лекарственно устойчивой формой этой болезни. Эта стратегия состоит из пяти составляющих: i) постоянная политическая поддержка действий, направленных на увеличение кадровых и финансовых ресурсов, а также на то, чтобы противотуберкулезная деятельность в масштабах всей страны стала одной из неотъемлемых функций национальной системы здравоохранения; ii) гарантированная возможность проведения высококачественной микроскопии мокроты для диагностики ТБ у лиц с симптомами этой болезни (наиболее важным из которых является длительный кашель) – это могут быть как лица, обращающиеся за медицинской помощью, так и лица, выявленные в ходе скрининга, – уделяя при этом особое внимание диагностированию случаев ТБ среди ВИЧ-инфицированных и в других группах высокого риска, например, у лиц, проживающих в учреждениях социального обслуживания, здравоохранения, пенитенциарной системы и т.п.; iii) проведение стандартизированного краткосрочного курса химиотерапии у всех больных ТБ с соблюдением надлежащих условий, предусматривающих, в частности, предоставление квалифицированных медико-социальных услуг и обеспечение приема лекарств под непосредственным наблюдением;

iv) бесперебойное обеспечение ЛПУ и населения противотуберкулезными препаратами высокого качества, основанное на надежных системах закупок и распространения лекарств; v) наличие надежной системы регистрации и отчетности, позволяющей отслеживать результаты лечения каждого пациента, а также проводить оценку общей эффективности противотуберкулезной программы.

Ликвидация ТБ: О ликвидации ТБ можно будет говорить тогда, когда заболеваемость ТБ с положительным результатом микроскопии мокроты будет составлять менее одного случая на миллион человек или когда распространенность инфекции, вызванной *M. tuberculosis*, будет составлять менее 1% и иметь тенденцию к снижению.

Снижение вреда: Цель стратегий или программ, направленных на уменьшение вреда, связанного с употреблением наркотиков (58). Этот термин особенно часто используется для описания стратегий и программ, имеющих целью снижение вреда от наркотиков, но необязательно воздействующих на само их употребление или требующих отказа от наркотических средств. В качестве примера работы в этом направлении можно привести программы обмена и распространения игл и шприцев с целью уменьшения опасной практики совместного использования инъекционного оборудования потребителями наркотиков, а также организацию для потребителей инъекционных наркотиков программ лечения инфекций, передаваемых половым путем. Следует, однако, отметить, что зачастую меры, направленные на снижение вреда, – это лишь первый шаг к окончательному отказу от наркотиков.

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ): Лечение, основанное на применении комбинации препаратов, включающих ингибиторы протеазы, нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы и ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.

Масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции: i) низкий уровень распространенности ВИЧ – количество ВИЧ-инфицированных стабильно не превышает 5% ни в одной определенной подгруппе населения; ii) стадия концентрированной эпидемии – удельный

вес ВИЧ-инфицированных стабильно превышает 5% по крайней мере в одной определенной подгруппе населения, но ниже 1% у беременных женщин в городах; iii) генерализованная стадия эпидемии – распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин стабильно превышает 1%.

Группы населения, подвергающиеся повышенному риску заболевания ТБ: Группы населения, в которых ежегодный показатель регистрируемой заболеваемости всеми формами ТБ равен или превышает 100 случаев на 100 000 человек.

Службы добровольного консультирования и тестирования (ДКТ): Службы, проводящие добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию для всех желающих узнать свой ВИЧ-статус, а также предоставляющие дотестовое и послетестовое консультирование.

Приложение 2

Основные показатели³ мониторинга и контроля за осуществлением программ борьбы с ТБ/ВИЧ

Показатель	Числитель	Знаменатель	Источник/периодичность
<i>Мониторинг программы</i>			
Политика в отношении ТБ/ВИЧ	Национальная политика или руководящие принципы в отношении ТБ/ВИЧ		
Финансирование программы по ТБ/ВИЧ (%)	Бюджет, использованный на ТБ/ВИЧ, x 100	Общий бюджет на ВИЧ/СПИД и/или ТБ	ИСУ ⁴ /ежегодно
Охват населения программой по ТБ/ВИЧ (%)	Области, структуры или группы ⁵ , участвующие в программе по ТБ/ВИЧ x 100	Всего областей, учреждений или групп	ИСУ/ежегодно
Доступ к ПЛИ (%)	Кол-во ЛЖВС (взрослые), приступивших к ПЛИ x 100	Всего ЛЖВС (взрослых), нуждающихся в ПЛИ ⁶	ИСУ/ежегодно
Технические меры, направленные на снижение концентрации микобактерий ТБ в окружающей среде (%)	Кол-во мест пребывания ВИЧ-инфицированных лиц ⁷ , где используются технические меры, направленные на снижение концентрации микобактерий ТБ в окружающей среде ТВ ⁸ x 100	Всего мест пребывания ВИЧ-инфицированных лиц	
Доступ к ПЭП (%)	Кол-во работников здравоохранения в противотуберкулезных учреждениях, прошедших курс ПЭП, x 100	Всего работников здравоохранения в противотуберкулезных учреждениях, подвергающихся профессиональному риску заражения ВИЧ	

³ Все показатели должны согласовываться со стандартами, установленными национальными стратегиями и руководствами.

⁴ Информационная система управления (ИСУ).

⁵ Любые места реализации программ, такие, как административные (район), географические (населенный пункт), медицинские учреждения или группы населения высокого риска.

⁶ ЛЖВС, нуждающиеся в ПЛИ, – это лица с положительной реакцией на туберкулиновую кожную пробу, у которых диагноз “открытая форма ТБ” был исключен.

⁷ Любое из указанных выше мест регулярного пребывания ВИЧ-инфицированных лиц.

⁸ Технические меры, направленные на снижение концентрации микобактерий ТБ в окружающей среде, как они определены в национальной программе борьбы с туберкулезом.

Доступ к ДКТ (%)	Кол-во больных с ТБ, получивших консультирование в отношении тестирования на ВИЧ, x 100	Всего больных ТБ	ИСУ/ежегодно
Доля положительных результатов добровольного тестирования на ВИЧ (%)	Кол-во новых случаев заболевания ТБ с положительной реакцией на ВИЧ x 100	Всего новых случаев заболевания ТБ с проведением консультирования и тестирования на ВИЧ	ИСУ/ежеквартально
Доступ к службам диагностики ТБ (%)	Кол-во новых случаев проведения ДКТ со скринингом на ТБ x 100	Всего новых случаев проведения ДКТ	ИСУ/ежеквартально
Исход лечения ТБ (%)	Кол-во ЛЖВС по вариантам исхода лечения ТБ x 100	Всего ЛЖВС, прошедших курс лечения ТБ	ИСУ/ежеквартально
<i>Эпидемиологический надзор</i>			
Показатель регистрируемой заболеваемости ТБ среди ЛЖВС (%)	Кол-во новых ЛЖВС, уведомленных относительно ТБ (всех форм) x 100	Всего новых зарегистрированных ЛЖВС	Исследование/ежегодно
Распространенность ВИЧ среди больных ТБ (%)	Кол-во больных ТБ с ВИЧ-положительной реакцией x 100	Всего больных ТБ, исследованных на ВИЧ	Исследование ⁹ /ежегодно
Смертность от ТБ среди ЛЖВС (на 1000)	Кол-во ЛЖВС, умирающих от ТБ x 1000	Всего ЛЖВС	ИСУ/ежегодно

⁹ Серологическое обследование с использованием анонимного несвязанного тестирования на ВИЧ. См. также соответствующее руководство (46).

Приложение 3

ВАЖНЕЙШИЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ И ТБ

В табл. представлены важнейшие меры борьбы с ВИЧ/СПИДОМ и ТБ, которые должны осуществляться системой здравоохранения (8). Эти меры направлены против ВИЧ-инфекции (и таким образом косвенно против ТБ) и непосредственно против ТБ. Услуги, выделенные жирным шрифтом, требуют сотрудничества в рамках национальных программ по ВИЧ/СПИДУ и национальных программ по ТБ.

Меры, направленные непосредственно против ВИЧ-инфекции ¹⁰ (и таким образом косвенно против ТБ)	Меры, направленные непосредственно против ТБ
Профилактика передачи инфекции	
<p>Более безопасные методы употребления наркотиков</p> <ul style="list-style-type: none"> • снижение вреда • заместительная терапия <p>Более безопасный секс</p> <ul style="list-style-type: none"> • пропаганда использования презервативов • сокращение кол-ва сексуальных партнеров <p>Добровольное консультирование и тестирование</p> <p>Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем</p> <p>Профилактика передачи инфекции от матери ребенку</p> <p>Антиретровирусная терапия</p>	<p>Диагностирование и лечение случаев заразного ТБ</p>
<p>Безопасная кровь</p> <p>Универсальные меры предосторожности</p>	<p>Технические меры, направленные на снижение концентрации микобактерий ТБ в окружающей среде</p>
Диагностирование инфекции или болезни на ранней стадии	
<p>Добровольное консультирование и тестирование</p>	<p>Микроскопическое исследование мазка мокроты</p> <p>Более активное выявление больных ТБ</p>
Предупреждение прогрессирования туберкулезной инфекции в стадию клинической болезни	
<p>Антиретровирусная терапия</p>	<p>Профилактическое лечение изониазидом (ПИ)</p>
Постэкспозиционная профилактика	
Лечение и уход	
<p>Антиретровирусная терапия</p>	<p>Схема лечения туберкулеза с использованием рифампицина</p>
<p>Профилактический прием котримоксазола</p>	<p>Лечение под непосредственным наблюдением</p>

¹⁰ Эти меры могут быть направлены на формы поведения, средовые условия или группы населения, характеризующиеся высоким уровнем риска.

Профилактика грибковой инфекции
Лечение распространенных инфекций
(пневмонии, диареи и кандидоза)
Лечение опухолей (саркома Капоши и
лимфома)

Прием пищевых добавок
Лечение менее распространенных
инфекций

Лечение осложнений, включая ТБ

Паллиативное лечение

Литература

1. World Health Assembly. *Tuberculosis programme*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHA46.36).
2. *Framework for effective tuberculosis control*. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/TB/94.179; http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_TB_94.179.pdf, accessed 25 September 2003).
3. *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.297; <http://www.who.int/gtb/dots/2002-297.htm>, accessed 25 September 2003).
4. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.316; <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/contents.html>, accessed 25 September 2003).
5. United Nations General Assembly. *Declaration of commitment on HIV/AIDS*. Resolution adopted by the General Assembly, 26th Special Session, August 2001. New York, United Nations, 2001 (<http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>, accessed 25 September 2003).
6. *3 million HIV/AIDS sufferers could receive anti-retroviral therapy by 2005. New hope for those in developing world*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/mediacentre/releases/who58/en>, accessed 25 September 2003).
7. Maher D, Floyd K, Raviglione M. *A strategic framework to decrease the burden of TB/HIV*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296 & WHO/HIV_AIDS/2002.2; http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2002_296, accessed 25 September 2003).
8. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319 and WHO/HIV/2003.01; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/pub31/en, accessed 25 September 2003).
9. Surveillance of Tuberculosis in Europe – EuroTB (InVS/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. *Report on tuberculosis cases notified in 2000*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2003 (http://www.eurotb.org/rapports/2000/rapport_eurotb_2000.htm, accessed 25 September 2003).
10. WHO Regional Committee for Europe. *Scaling-up the response to HIV/AIDS in the European Region of WHO*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (EUR/RC52/R9).

11. WHO Regional Committee for Europe. *Scaling-up the response to tuberculosis in the European Region of WHO*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (EUR/RC52/R8).
12. Broekmans JF et al. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. *European Respiratory Journal*, 2002; 19:765–775.
13. *Strategy to control tuberculosis in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
14. *Global Health-Sector Strategy for HIV/AIDS, 2003–2007. Providing a framework for partnership and action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (HIV/2002.25; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/ghss/en>, accessed 25 September 2003).
15. Lienhardt C, Rodrigues LC. Estimation of the impact of the human immunodeficiency virus infection on tuberculosis: tuberculosis risks revised? *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 1997; 1(3):196–204.
16. Girardi E et al. Impact of the HIV epidemic on the spread of other diseases: the case of tuberculosis. *AIDS*, 2000; 14 (suppl 3):S47–S56.
17. Nakata K et al. *Mycobacterium tuberculosis* enhances human immunodeficiency virus-1 replication in the lung. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1997; 155:996-1003.
18. Whalen C et al. Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1995; 151:129-35.
19. Del Amo J et al. Does tuberculosis accelerate the progression of HIV disease? Evidence from basic science and epidemiology. *AIDS*, 1999; 13: 1151-1158.
20. Shubladze N et al. Sex and age differences among TB patients in Georgia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2002; 6(12):S186.
21. Migliori GB, Centis R. Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 2002; 57(5-6):285-290.
22. Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003; 163:1009-1021.
23. *Report on the global HIV/AIDS epidemic, July 2002*. Geneva, UNAIDS, 2002 (UNAIDS/02.26E; http://www.unaids.org/EN/resources/publications/corporate+publications/report+on+the+global+hiv_aids+epidemic+2002+.asp, accessed 25 September 2003).

24. *AIDS epidemic update, December 2002*. Geneva: UNAIDS, November 2002 (UNAIDS/02.46E; <http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/Corporate+publications/AIDS+epidemic+update+December+2002.asp>, accessed 25 September 2003).
25. World Health Assembly. *Stop Tuberculosis Initiative*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHA 53.1).
26. Millennium Development Goals. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals>, accessed 25 September 2003).
27. *Workplan for implementing a regional strategy for responding to the STI/HIV/AIDS epidemic in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
28. *DOTS expansion plan to stop TB in the WHO European Region, 2002–2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.who.dk/InformationSources/Publications/Catalogue/20030109_2, accessed 25 September 2003).
29. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2002*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2002 (No. 67; http://www.eurohiv.org/AidsSurv/Rapport_67/contentsGB.htm, accessed 25 September 2003).
30. Drobniewski F. Tuberculosis in prisons-forgotten plague. *Lancet*, 1995; 346:948–949.
31. *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/GPA/DIR/93.3; http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf, accessed 25 September 2003).
32. Bone A et al. *Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/CDS/TB/2000.281; <http://www.who.int/gtb/publications/prisonsNTP>, accessed 25 September 2003).
33. Salt J. *Current trends in international migration in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, December 2002 (CDMG/2002/26; http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Migration/Documentation/Publications_and_reports/John%20Salt's%20report%202002%20english.asp#TopOfPage, accessed 25 September 2003).
34. Raviglione MC et al. Secular trends of tuberculosis in western Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993; 71:297–306.
35. United States Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care facilities. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 1994; 43(RR-13):1–132.

36. Castro KG, Dooley SW, Curran JW. Transmission of HIV-associated tuberculosis to health-care workers. *Lancet*, 1992; 340(8826):1043–1044.
37. *Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. Report of a meeting held in Geneva, 18–20 February 1998*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 1998 (WHO/TB/98.255 and UNAIDS/98.34; http://www.who.int/gtb/publications/TB_HIV_polstmnt/policy_statement.html, accessed 25 September 2003).
38. Fitzgerald DW et al. Active tuberculosis in individuals infected with human immunodeficiency virus after isoniazid prophylaxis. *Clinical and Infectious Diseases*, 2000; 31:1495–1497.
39. Aisu T et al. Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing centre. *AIDS*, 1995; 9:267–273.
40. International Union against Tuberculosis. Efficacy of various durations of isoniazid preventive therapy for tuberculosis: five years of follow-up in the IUAT trial. IUAT Committee on Prophylaxis. *Bulletin of the World Health Organization*, 1982; 60(4):555–564.
41. Snider DE, Caras GJ, Koplan JP. Preventive therapy with isoniazid. Cost-effectiveness of different durations of therapy. *Journal of the American Medical Association*, 1986; 255(12):1579–1583.
42. Comstock GW. How much isoniazid is needed for prevention of tuberculosis among immunocompetent adults? *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 1999; 3:847–850.
43. American Thoracic Society. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Joint statement of ATS and CDC. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2000; 161:S221–S247.
44. United States Centers for Disease Control and Prevention. Perspectives in disease prevention and health promotion update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other blood-borne pathogens in health care settings. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998; 37(24):377–388.
45. United States Centers for Disease Control and Prevention. Public health service guidelines for the management of health care workers exposures to HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 1998; 47(RR7):1–33.
46. Godfrey-Faussett P et al. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to tuberculosis control. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80(12):939–945.

47. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*. 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.313; <http://www.who.int/gtb/publications/ttgnp>, accessed 25 September 2003).
48. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings – guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/pub18/en, accessed 25 September 2003).
49. Clancy L et al. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. Based on a workshop held at Wolfheze, Netherlands, 4–9 March 1990, under the auspices of the IUATLD (Europe region) and WHO. *European Respiratory Journal*, 1991, 4:1288–1295.
50. Rieder HL et al. Tuberculosis control and international migration in Europe. *European Respiratory Journal*, 1994; 7:1545–1553.
51. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for second generation surveillance for HIV: the next decade*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 and UNAIDS/00.03E; <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pub3/en>, accessed 25 September 2003).
52. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *1993 revision of the European AIDS surveillance case definition*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2002 (HIV/AIDS Surveillance in Europe, No. 37).
53. Rieder HL et al. Surveillance of tuberculosis in Europe. Recommendations of a Working Group of the World Health Organization and the European region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease for uniform reporting on tuberculosis cases. *European Respiratory Journal*, 1996; 9:1097–1104.
54. Veen J et al. Standardized tuberculosis treatment outcome monitoring in Europe. Recommendations of a Working Group of the World Health Organization and the European region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease for uniform reporting by cohort analysis of treatment outcome in tuberculosis patients. *European Respiratory Journal*, 1998; 12:505–510.
55. Schwoebel V et al. Standardization of antituberculosis drug resistance surveillance in Europe. Recommendations of a World Health Organization and the International Union Against Lung Disease Working Group. *European Respiratory Journal*, 2000; 16:364–371.

56. *Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients*. 2nd ed. Draft presented at the 3rd Global TB/HIV Working Group Meeting, Montreux, Switzerland, 4–6 June 2003. Geneva, World Health Organization, 2003.
57. Uplekar MW et al. Attention to gender issues in tuberculosis control. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2001, 5(3):220–224.
58. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva, World Health Organization, 1995 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf>, accessed 25 September 2003).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия и Черногория
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Чешская Республика
Швеция
Швейцария
Эстония

5037564
ISBN 92 890 1089 4
E81795
Оригинал: Английский

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>