



Всемирная организация здравоохранения

**ПРОМЕЖУТОЧНАЯ
ПОЛИТИКА
В ОТНОШЕНИИ
СОТРУДНИЧЕСТВА
В ОБЛАСТИ ТБ/ВИЧ**



Предварительный порядок
сотрудничества в области ТБ/ВИЧ

Департамент "Остановить туберкулез" и
Департамент по СПИДу

Всемирная организация здравоохранения
Женева, Швейцария
2004 г.

Подготовили: Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom, Anthony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn, Jos Perriens, Alasdair Reid и Marco Vitoria от имени Комитета по составлению порядка в отношении ТБ/ВИЧ для Глобальной рабочей группы ТБ/ВИЧ в рамках Партнерства "Остановить туберкулез".

Комитет по составлению порядка в отношении ТБ/ВИЧ: Francis Adatu (Национальная программа борьбы против туберкулеза, Уганда), Karin Bergstrom (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Leopold Blanc (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Haileyesus Getahun (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Peter Godfrey-Fausset (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Англия), Jeroen van Gorkom (Туберкулезный фонд KNCV, Намибия), Anthony Harries (Национальная программа борьбы против туберкулеза, Малави), Mark Harrington (Группа содействия лечению, США), George Loth (Департамент ВИЧ/СПИДа, ВОЗ), Bess Miller (Центр борьбы против болезней и профилактики, США), Jintana Ngamvithayapong-Yanai (Научно-исследовательский фонд ТБ/ВИЧ, Таиланд), Ya-Diul Mukadi (Family Health International, США), Wilfred Nkhoma (Африканское региональное бюро, ВОЗ), Paul Nunn (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Paul Pronyk (Университет Витватерсранда, Южная Африка), Pilar Ramon-Pardo (Панамериканская организация здравоохранения, ВОЗ), Jos Perriens (Департамент ВИЧ/СПИДа, ВОЗ), Alasdair Reid (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Ying Ru-Lo (Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии, ВОЗ), Fabio Scano (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Catherine Sozi (ЮНЭЙДС, Южная Африка), John Stover (The Futures Group International, США), Marco Vitoria (Департамент ВИЧ/СПИДа, ВОЗ).

Выражение признательности: Материал был подвергнут обсуждению в ходе заседания Рабочей группы по ТБ/ВИЧ в рамках Партнерства "Остановить туберкулез", STAG-TV и на других международных совещаниях. Помимо этого, нижеследующие лица внимательно изучили документ и представили ценные замечания: Maarten van Cleeff (Туберкулезный фонд KNCV, Нидерланды), Kevin DeCock (CDC, Кения), Daniel Kibuga (Африканское региональное бюро, ВОЗ), Rafael Lopez (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Dermot Maher (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Mario Raviglione (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), Satyajit Sarkar (Департамент "Остановить туберкулез", ВОЗ), члены консультативной группы по мониторингу и оценке в области ТБ/ВИЧ и участники Семинара по передаче инфекции при ТБ/ВИЧ в Сан-Педро Сулла, Гондурас (14-15 августа, 2003 г.).

Общая координация: Haileyesus Getahun

© Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права защищены.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы не выражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их властей или делимитации их границ. Пунктирные линии на картах указывают приблизительные демаркационные линии, которые могут быть еще не полностью согласованы.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в настоящем докладе, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, патентованные названия выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует полноту и точность информации, содержащейся в данной публикации, и не несет ответственности за любой ущерб, который может быть причинен в результате ее использования.

Сокращения	iv
1. Введение	1
1.1 Обоснование	
1.2 Цель	
1.3 Целевая аудитория	
2. Процесс составления документа	2
3. Цель и задачи совместной работы в области ТБ/ВИЧ	2
4. Рекомендуемые действия в области ТБ/ВИЧ	2
А Создать механизм совместной работы	
В Уменьшать бремя туберкулеза у лиц с ВИЧ/СПИДом	
С Уменьшать бремя ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом	
5. Показатели, определяющие ситуацию, в которой необходимо приступить к рекомендуемым мероприятиям сотрудничества в области ТБ/ВИЧ	14
6. Цели совместной работы в области ТБ/ВИЧ	16
7. Библиография	17

Сокращения

СПИД	Синдром п риобретенного и ммуно д ефицита
ДОТ	Лечение под н епосредственным н аблюдением
ДОТС	Международная рекомендуемая стратегия борьбы против туберкулеза
ВИЧ	В ирус и ммунодефицита ч еловека
ЦТР	Ц ели т ысячелетия в о бласти р азвития
МТСТ	П ередача и нфекции от м атери р ебенку
ЛВС	Л ица с В ИЧ/ С ПИДом
РМТСТ	П рофилактика п ередачи и нфекции о т м атери р ебенку
STAG	К онсультативная г руппа по с тратегии и т ехническим в опросам в о тношении туберкулеза
STI	И нфекции, п ередаваемые п оловым п утем
ТБ	Т уберкулез
ТБ/ВИЧ	Пересекающиеся эпидемии ТБ и ВИЧ
ЮНЭЙДС	Объединенная программа О рганизации О бъединенных Н аций по ВИЧ/ С ПИДУ

1. Введение

1.1 Обоснование

Пандемия вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) являет собой огромное препятствие на пути борьбы против туберкулеза (ТБ) на всех уровнях. Туберкулез также является одной из частых причин заболеваемости и одной из ведущих причин смертности лиц с ВИЧ/СПИДом (ЛВС). Настоящий документ поможет организаторам здравоохранения понять, *что следует сделать* для того, чтобы уменьшить совместное бремя туберкулеза и ВИЧ. Документ предназначен для использования совместно со *Стратегическим планом уменьшения бремени ТБ/ВИЧ (1)*, в котором рассматривается вопрос о том, *что можно было бы сделать*, а также совместно с *Методическим руководством по совместной программной работе в области ТБ и ВИЧ (2)*, в котором рассматривается вопрос о том, *каким образом это можно было бы сделать*. Документ также дополняет методическое руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в области ТБ/ВИЧ (3) и методическое руководство по эпиднадзору за ВИЧ у больных туберкулезом (4).

1.2 Цель

Данный порядок учитывает заинтересованность стран в том, чтобы скорейшим образом иметь методические указания в отношении того, какую совместную работу в области ВИЧ/СПИДа необходимо проводить и при каких обстоятельствах. Он дополняет основную проводимую работу в рамках программ профилактики и борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа и содействует ей. Осуществление стратегии ДOTS является главным делом в борьбе против туберкулеза. Аналогичным образом профилактика болезней и инфекций, а также укрепление здоровья и обеспечение лечения и ухода, образуют основу мер борьбы против ВИЧ/СПИДа. (Приведенное в удобной форме обобщение рекомендуемой совместной деятельности приведено в Таблице 1, а в Таблице 2 перечислены ситуации, в которых странам необходимо приступить к проведению такой работы.) Документ не призывает к созданию новой специализированной или независимой программы борьбы с болезнями, но, напротив, пропагандирует укрепление сотрудничества между программами борьбы против туберкулеза и против ВИЧ/СПИДа в деле обеспечения непрерывности качественной помощи в пунктах медико-санитарного обслуживания лицам, больным туберкулезом или подверженным риску заболевания туберкулезом, а также лицам с ВИЧ/СПИДом.

Хотя имеется достоверное подтверждение экономической эффективности стратегии ДOTS и различных мер профилактики ВИЧ (5, 6), фактические данные в отношении совместной работы в области ТБ/ВИЧ ограничены. Сбор этих данных для различных условий продолжается. Существующие данные, получаемые на основе выборочных исследований в контролируемых условиях, упорядоченных исследований и других аналитических и описательно-экспериментальных исследований, оперативных исследований и мнений экспертов, опирающихся на достоверный клинический и полевой опыт, были использованы для составления данного предварительного программного документа. Излагаемый порядок видоизменяем, он будет постоянно обновляться и принимать во внимание новые данные и наилучшие практические достижения.

1.3 Целевая аудитория

Данный документ предназначен для организаторов здравоохранения,

руководителей программ борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа на всех уровнях в секторе здравоохранения, а также для доноров, агентств развития и неправительственных организаций, поддерживающих программы по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу. Рекомендации, приведенные в данном документе, также имеют большое значение для стратегических направлений и деятельности других министерств.

2. Процесс составления документа

В разработке данного документа приняла участие Глобальная рабочая группа по ТБ/ВИЧ при участии редакционного комитета, который составил его первоначальный и последующий варианты. Рабочая группа координирует глобальные меры борьбы против взаимосвязанных эпидемий туберкулеза и ВИЧ, налаживая сотрудничество между теми, кто имеет отношение к проблеме ВИЧ/СПИДа и туберкулеза. К их числу относятся руководители программ, учреждения развития, неправительственные организации, академические учреждения, активисты и группы поддержки пациентов, работающие с ВОЗ и ЮНЭЙДС по программам туберкулеза и ВИЧ. В состав редакционного комитета вошли технические эксперты по туберкулезу и ВИЧ, руководители здравоохранения, лица с ВИЧ и те, кто их поддерживает, а также международные и национальные руководители программ в области туберкулеза и ВИЧ и донорские учреждения. Проект документа обсуждался на международных совещаниях международными и национальными участниками программ ВИЧ и туберкулеза и получил поддержку Глобальной рабочей группы по ТБ/ВИЧ и Консультативной группы в области стратегии и технических вопросов в отношении туберкулеза (STAG), которая консультирует ВОЗ со стороны по стратегическим и техническим аспектам борьбы против туберкулеза.

3. Цель и задачи совместной работы в области ТБ/ВИЧ

Цель предпринимаемых действий состоит в том, чтобы уменьшить бремя туберкулеза и ВИЧ в тех кругах населения, которые затронуты этими заболеваниями.

Задачи совместной работы в области ТБ/ВИЧ состоят в том, чтобы: (1) создать механизмы взаимодействия между программами по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу; (2) уменьшить бремя заболеваний туберкулезом у лиц с ВИЧ/СПИДом; и (3) уменьшить бремя ВИЧ у больных туберкулезом.

4. Рекомендуемые действия в области ТБ/ВИЧ

Основное внимание в документе уделяется совместным мерам, которые направлены на область взаимодействия эпидемий туберкулеза и ВИЧ/СПИДа и которые должны осуществляться как часть ответных мер сектора здравоохранения на взаимодействующие эпидемии туберкулеза и ВИЧ (Таблица 1).

Таблица 1 Рекомендуемые совместные действия в области ТБ/ВИЧ

А. Создать механизмы совместной работы	
A.1	Создать координационный орган по мероприятиям в области ТБ/ВИЧ, эффективного на всех уровнях
A.2	Проводить эпиднадзор за распространенностью ВИЧ среди больных туберкулезом
A.3	Осуществлять совместное планирование ТБ/ВИЧ
A.4	Проводить мониторинг и оценку
В. Уменьшить бремя туберкулеза у лиц с ВИЧ/СПИДом	
V.1	Организовать интенсивное выявление случаев туберкулеза
V.2	Внедрять профилактическую терапию с применением изониазида
V.3	Обеспечить борьбу с инфекцией туберкулеза в медицинских учреждениях в местах скопления людей
С. Уменьшать бремя ВИЧ-инфекции в больных туберкулезом	
C.1	Обеспечивать тестирование и консультирование в отношении ВИЧ
C.2	Внедрять методы профилактики ВИЧ
C.3	Внедрять профилактическую терапию с применением ко-тримоксазола
C.4	Обеспечить помощь и поддержку в отношении ВИЧ/СПИДа
C.5	Внедрять антиретровирусную терапию

Эти совместные действия будут более успешными в тех случаях, когда национальные стратегии борьбы против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза опираются на международные методические руководства и эффективным образом проводятся в жизнь. Рекомендуемые действия могут осуществляться программами по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу, неправительственными организациями, организациями, построенными на местной основе или частным сектором в целом, при координации со стороны национальных программ борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа.

А. Создать механизм совместной работы

А.1 Создать координационный орган по мероприятиям в области ТБ/ВИЧ, эффективного на всех уровнях

Даже в тех условиях, когда ВИЧ имеет значительную распространенность, программы борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа осуществляются в значительной степени независимо друг от друга. Для обеспечения более эффективного сотрудничества между существующими программами ВИЧ/СПИДа и туберкулеза на всех уровнях необходимы координационные органы ТБ/ВИЧ.

К важным областям работы совместных координационных органов относятся:

- управление и мобилизация ресурсов на мероприятия по борьбе против ТБ/ВИЧ
- наращивание потенциала, включая обучение
- обеспечение единообразия освещения работы в области ТБ/ВИЧ
- обеспечение участия населения в совместных мероприятиях ТБ/ВИЧ
- осуществление надзора за подготовкой базы фактических данных.

Фактические данные, получаемые на основе оперативных исследований и экспертных мнений, указывают на то, что создание координационных органов ТБ/ВИЧ, действующих на всех уровнях таким образом, чтобы все заинтересованные стороны программ борьбы против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза могли принять участие, является выполнимой задачей и позволяет обеспечить приверженность делу и участие в работе. Этот координационный орган также должен заниматься вопросами управления в процессе осуществления совместного плана в области ТБ/ВИЧ (7-9).

Рекомендация

Программы ВИЧ/СПИДа и туберкулеза должны создать совместный национальный координационный орган по борьбе против туберкулеза и ВИЧ, действующий на региональном, районном и местном уровнях (учитывающий присущие данной стране особенности), при равном или приемлемом представительстве обеих программ и включая группы поддержки лиц, больных туберкулезом и инфицированных ВИЧ.

А.2 Проводить эпиднадзор за распространенностью ВИЧ среди больных туберкулезом

Эпиднадзор играет важную роль в обеспечении информации для программного планирования и осуществления программы. Существуют три основных метода эпиднадзора за ВИЧ среди больных туберкулезом: периодические (специальные) обследования (перекрестное обследование ВИЧ-серопозитивных в небольшой репрезентативной группе больных туберкулезом в рамках одной страны); контрольные обследования (с использованием в качестве контрольной группы больных туберкулезом в рамках общей системы контрольного эпиднадзора ВИЧ); и данные обычного тестирования и консультирования на ВИЧ у больных туберкулезом. Избранный метод эпиднадзора зависит от состояния эпидемии ВИЧ, на фоне которой проводится эта работа¹⁻³, общей ситуации в отношении туберкулеза, а также наличия ресурсов и опыта.

Данные, получаемые на основе описательных исследований (10-12), и мнение экспертов (13) указывают на то, что эпиднадзор, проводимый среди больных туберкулезом, может явиться решающим способом для понимания тенденций эпидемии, а также для разработки надежной стратегии решения проблемы двойственной эпидемии ТБ/ВИЧ.

Рекомендации

1. Необходимо осуществлять эпиднадзор ВИЧ среди больных туберкулезом во всех странах, независимо от распространенности ВИЧ среди взрослых в данной стране.
2. Страны, где распространенность ВИЧ среди больных туберкулезом неизвестна, должны проводить обследования на серопозитивность (периодические или контрольные) для оценки ситуации.
3. В странах, где отмечается общее эпидемическое состояние¹, тестирование и консультирование в отношении ВИЧ для всех больных туберкулезом, должно лежать в основе эпиднадзора. Если этого еще не сделано, то подходящим вариантом действий являются периодические обследования или контрольные обследования.

¹ Общее эпидемическое состояние: распространенность ВИЧ сохраняется на уровне >1% у беременных женщин.

4. В странах, где отмечается сконцентрированное эпидемическое состояние², где в некоторых административных районах располагаются группы, подверженные значительному риску ВИЧ, тестирование и консультирование в отношении ВИЧ для всех больных туберкулезом в этих административных районах должно лежать в основе эпиднадзора. Если этого еще не сделано, то подходящим вариантом действий являются периодические обследования или контрольные обследования.
5. В странах с низким уровнем состояния эпидемии³ рекомендуются периодические обследования или контрольные обследования.

А.3 Осуществлять совместное планирование ТБ/ВИЧ

Программы борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа нуждаются в совместном стратегическом планировании, для того чтобы совместную работу проводить успешно и систематически. Им необходимо либо составлять совместный план ТБ/ВИЧ или вводить составные элементы ТБ/ВИЧ в национальный план борьбы против туберкулеза и в национальный план борьбы против ВИЧ/СПИДа. Роль и ответственность каждой программы в осуществлении отдельных мероприятий ТБ/ВИЧ на национальном и районном уровнях должны быть ясно определены.

К решающим элементам совместного планирования относятся мероприятия, изложенные в разделах А-С настоящего документа и, кроме того, вопросы мобилизации ресурсов, наращивание потенциала и обучение, вопросы пропаганды и просвещения в области ТБ/ВИЧ (пропаганда, просветительные мероприятия в отношении программы и социальная мобилизация), укрепление участия населения и оперативные исследования.

А.3.1 Проводить сбор средств в целях мероприятий ТБ/ВИЧ

Совместная работа ТБ/ВИЧ, опирающаяся на стратегии борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа, располагающие достаточными ресурсами, может не потребовать существенных дополнительных финансовых издержек. Если одна из программ или обе испытывают недостаток в ресурсах или в кадрах, то для укрепления каждой программы необходимо мобилизовать дополнительные ресурсы. Следует готовить совместные предложения по изысканию ресурсов на осуществление совместных мероприятий ТБ/ВИЧ в рамках совместного координационного органа, исходя из сравнительных достоинств обеих программ и конкретных нужд страны.

Рекомендации

1. Совместное планирование должно ясно определять роль и ответственность каждой программы в осуществлении конкретных мероприятий ТБ/ВИЧ, изложенных в Таблице 1, на национальном и районном уровнях (в соответствии с тем, как это определяется в методических руководствах по осуществлению совместных программных мероприятий ТБ и ВИЧ (2)).

² Концентрированное эпидемическое состояние: распространенность ВИЧ сохраняется на уровне >5% в рамках, по крайней мере, одной ясно определенной подгруппы населения и составляет <1% у беременных женщин в городских районах.

³ Низкий уровень состояния эпидемии: распространенность ВИЧ не является постоянно превышающей 5% в любой определенной подгруппе населения.

2. Страны должны обеспечивать мобилизацию и надлежащее развертывание квалифицированных кадровых ресурсов в достаточном объеме в целях осуществления совместных мероприятий ТБ/ВИЧ в соответствии с ситуацией в стране.
3. На координационные органы ТБ/ВИЧ должна быть возложена ответственность за управление и мобилизацию ресурсов по осуществлению совместных мероприятий ТБ/ВИЧ, что позволит избежать конкуренции за овладение одним и тем же источником средств.

А.3.2 Нарращивать потенциал в области ТБ/ВИЧ, включая обучение

К мероприятиям по совместному наращиванию потенциала в области ТБ/ВИЧ относится подготовка работников здравоохранения по вопросам ТБ/ВИЧ. Эти возможности следует укреплять в рамках системы здравоохранения, например в лабораториях и системах вторичной помощи, чтобы помочь лучше справляться с растущим объемом работы по совместным мероприятиям ТБ/ВИЧ.

Рекомендации

1. Программы борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа должны составить совместный план обучения, с тем чтобы обеспечить подготовку работников до того, как они приступят к работе, а также в ходе проведения работы, и обеспечить непрерывное медико-санитарное просвещение в отношении совместных мероприятий ТБ/ВИЧ для всех категорий работников здравоохранения.
2. Программы борьбы против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа должны обеспечить такое положение, чтобы учреждения, оказывающие медицинские услуги (например, лаборатории, фармацевтические пункты и учреждения вторичного уровня) располагали достаточной возможностью для эффективного осуществления совместных мероприятий ТБ/ВИЧ.

А.3.3 Налаживать внешние связи ТБ/ВИЧ: пропаганда, внешние связи программы и привлечения общественности

Пропаганда, направленная на то, чтобы оказать влияние на политику, осуществление программы и мобилизацию ресурсов, является весьма важным фактором в ускорении осуществления совместной работы ТБ/ВИЧ. Двусторонняя связь между программами и общественностью в целом, обеспечивающая информацию и создающая понимание проблемы ТБ/ВИЧ, является решающей для обеспечения того, чтобы пациенты активно стремились к помощи и прибегали к использованию услуг. Мобилизация общественных кругов, обеспечивающая общественную решимость и широкий консенсус, а также социальную приверженность всех заинтересованных сторон, является решающей в деле уменьшения стигмы и профилактики туберкулеза и ВИЧ, а также в деле привлечения к совместной работе в области ТБ/ВИЧ.

Рекомендации

1. Правильным образом построенная пропаганда в области ТБ/ВИЧ, совместно планируемая, для обеспечения согласованности лозунгов и направленная на основных заинтересованных участников и лиц, принимающих решения, должна осуществляться на глобальном, национальном, региональном и местном уровнях.
2. Программы борьбы против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза должны разрабатывать совместные стратегии в области внешних связей программы и привлечения

общественности в отношении ТБ/ВИЧ, которые направлены на нужды отдельных лиц и пациентов, а также на те слои общества, которые затронуты эпидемией ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

3. Совместные стратегии внешних связей должны обеспечить такое положение, чтобы компоненты ВИЧ стали составной частью внешних связей в области туберкулеза, а компоненты туберкулеза стали составной частью внешних связей в области ВИЧ.

А.3.4 Укреплять участие населения в совместных мероприятиях ТБ/ВИЧ

Расширение совместных мероприятий ТБ/ВИЧ за пределы сектора здравоохранения посредством привлечения населения играет решающее значение. Посредством групп поддержки в отношении лиц с ВИЧ/СПИДом и организаций на местной основе профилактика туберкулеза и уход за больными могут проводиться одновременно с профилактикой ВИЧ/СПИДа, уходом и поддержкой. Население можно эффективным образом организовать для участия в сборе средств и пропаганде возможностей в целях совместной работы в области ТБ/ВИЧ.

Организации на местной основе, подобные тем, которые обеспечивают домашний уход при ВИЧ/СПИДе, также могут принимать участие в выявлении людей с признаками и симптомами туберкулеза и в обеспечении проведения лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением. Лицам, живущим в тесном контакте с ВИЧ-позитивными больными инфекционной формой туберкулеза, может предоставляться профилактическое лечение изониазидом. Это достигается при незначительном увеличении расходов, существующих организаций.

Рекомендации

1. Все заинтересованные стороны, включая программы борьбы против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, должны включать профилактику туберкулеза и уход за больным туберкулезом в комплекс услуг на местной основе, предоставляемых в целях профилактики ВИЧ/СПИДа, обеспечения ухода и поддержки. Аналогичным образом обеспечиваемые на местной основе службы профилактики и ухода при туберкулезе должны также включать в себя услуги по профилактике, обеспечению ухода и поддержке при ВИЧ/СПИДе.
2. Все заинтересованные стороны, в том числе программы ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, должны заручиться участием группы поддержки пациентов, больных туберкулезом и ВИЧ, а также их окружения, в планировании, осуществлении и пропаганде совместной работы в области ВИЧ/СПИДа.

А.3.5 Проводить оперативные исследования по укреплению совместных мероприятий ТБ/ВИЧ

Оперативные исследования помогают изыскать наиболее эффективные способы проведения совместной работы ТБ/ВИЧ. Они помогают получить информацию для разработки глобальной и национальной политики и стратегии, принимая во внимание культурное, географическое и ресурсное многообразие.

Рекомендация

Все заинтересованные стороны, принимающие участие в совместных мероприятиях ТБ/ВИЧ, включая программы по борьбе против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа, должны поддерживать и поощрять оперативные исследования в области ТБ/ВИЧ для конкретных условий страны в

целях получения фактических данных для эффективного и результативного осуществления совместных мероприятий ТБ/ВИЧ.

Фактические данные, получаемые на основе оперативных исследований (7-9), мнений экспертов (8, 9) и анализа политики (14), указывают на то, что эффективное и результативное проведение совместной работы в области ТБ/ВИЧ зависит от совместного планирования и выполнения намеченного программы по борьбе против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа и требует тесного сотрудничества между службами обеспечения медико-санитарной помощи на местах и правительственными учреждениями здравоохранения. Участие работников, обеспечивающих домашний уход, и работников здравоохранения на местах в мероприятиях по борьбе против туберкулеза и ВИЧ/СПИДа успешно обеспечивалось в различных странах. Имеются подтверждения экономической эффективности организованных на местной основе служб ухода за больными туберкулезом (5, 15, 16) и ВИЧ/СПИДом (6).

A.4 Проводить мониторинг и оценку совместных действий ТБ/ВИЧ

Мониторинг и оценка являются средством оценки качества, эффективности, масштабов и фактического проведения совместной работы в области ТБ/ВИЧ. Они помогают созданию атмосферы самообучения в рамках программ и обеспечивают таким образом постоянное совершенствование выполнения программы. Мониторинг и оценка предусматривают сотрудничество между программами и общей системой здравоохранения, а также создание рабочих взаимосвязей между различными службами и организациями. Эти взаимосвязи должны стать неотъемлемой частью существующих систем мониторинга и оценки и должны обеспечивать конфиденциальность.

Данные, получаемые на основе оперативных исследований (7, 8) в Африке, и мнения экспертов (7) указывают на важность стандартизованного мониторинга и оценки совместной работы в области ТБ/ВИЧ в целях определения влияния этих мероприятий и обеспечения фактического проведения работы и эффективного управления программой.

Рекомендации

1. Программы борьбы против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза должны согласовать между собой основной набор показателей и способы сбора данных и должны заниматься сбором данных в целях мониторинга и оценки совместных мероприятий ТБ/ВИЧ.
2. В качестве основы для стандартизации, мониторинга и оценки, соответствующих условиям страны, следует использовать методические руководства ВОЗ для мониторинга и оценки совместных мероприятий ТБ/ВИЧ.

В. Уменьшать бремя туберкулеза у лиц с ВИЧ/СПИДом

V.1 Организовать интенсивное выявление случаев туберкулеза

Интенсификация выявления случаев туберкулеза включает проведение обследования для выявления симптомов и признаков туберкулеза в местах с наибольшим числом ВИЧ-инфицированных лиц. Раннее выявление признаков и симптомов туберкулеза, за которым следует диагностика и оперативное лечение людей с ВИЧ/СПИДом, лиц, контактирующих с ними в доме, групп населения высокого риска в отношении ВИЧ, а также и лиц в местах скопления людей (например, в тюрьмах, рабочих общежитиях, полицейских и военных казармах), расширяет возможности выживания, улучшает качество жизни и сокращает передачу туберкулеза в общине.

Рекомендации

1. Интенсивное выявление случаев туберкулеза следует организовать во всех учреждениях по тестированию на ВИЧ и консультированию с использованием как минимум простого набора вопросов для скорейшего выявления подозреваемых случаев туберкулеза. Вопросы должны задаваться подготовленными консультантами.
2. Должна быть установлена система направления к специалистам, связывающая центры по консультированию и тестированию на ВИЧ и центры по диагностике и лечению туберкулеза.
3. Выявление случаев туберкулеза у людей с ВИЧ/СПИДом в клиниках и больницах, у проживающих с ними лиц, в группах населения высокого риска в отношении ВИЧ, а также в местах скопления людей следует интенсифицировать посредством повышения информированности и знаний в отношении взаимодействий туберкулеза и ВИЧ среди работников здравоохранения и групп населения, которые они обслуживают, выявления лиц с подозрением на туберкулез и направления их на диагностику на регулярной основе.

Фактические данные показали, что интенсивное выявление случаев туберкулеза и их лечение среди ВИЧ-инфицированных лиц прерывают передачу болезни инфицированными лицами (17, 18), предупреждают смертность (19), понижают риск внутрибольничной передачи туберкулеза и предлагают возможность для осуществления профилактического лечения туберкулеза у ВИЧ-позитивных больных (20). Также было установлено, что интенсивное выявление случаев туберкулеза (8, 19-21) можно осуществлять без значительной затраты времени и его можно организовать с небольшими дополнительными затратами в существующей службе здравоохранения (7, 8). Подготовленными консультантами или другими непрофессиональными работниками здравоохранения (7, 8) может быть разработан краткий вопросник по симптомам туберкулеза для проведения обследования в целях выявления активных стадий туберкулеза. В оперативных научных исследованиях в Африке (8) и в других частях мира (20) ранее нераспознанный туберкулез был обнаружен почти у 11% людей с ВИЧ/СПИДом благодаря интенсификации тестирования и консультирования в отношении ВИЧ.

В.2 Внедрять профилактическую терапию с применением изониазида

Отдельные лица с латентной инфекцией *Mycobacterium tuberculosis* принимают изониазид, с тем чтобы предупредить развитие активной стадии болезни. Исключение активной стадии туберкулеза имеет чрезвычайно важное значение для проведения этой терапии. Изониазид принимается ежедневно в качестве самолечения в течение шести-девяти месяцев. Поскольку у ВИЧ-инфицированных людей может развиваться туберкулез до назначения антиретровирусной терапии и поскольку отсутствуют фактические данные, свидетельствующие о противопоказаниях комбинированного применения, использование антиретровирусных препаратов не исключает применения профилактической терапии с использованием изониазида.

Рекомендации

1. Программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом должны проводить профилактическую терапию с применением изониазида в качестве части комплексного лечения людей с ВИЧ/СПИДом в тех случаях, когда надежно исключена активная стадия туберкулеза.
2. Информация о профилактической терапии с применением изониазида должна быть предоставлена всем людям с ВИЧ/СПИДом.

Фактические данные показали, что для профилактики латентной туберкулезной инфекции, профилактическая терапия с применением изониазида является более эффективной (22) и безопасной (23), чем схемы лечения с использованием рифампицина и пиразинамида. Несколько рандомизированных исследований показали, что изониазидная профилактическая терапия будет эффективной для сокращения заболеваемости туберкулезом и смертности от туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных больных с позитивным туберкулиновым тестом кожи (24). Профилактическая терапия с применением изониазида также привела к уменьшению затрат при оказании медицинской помощи и сокращению социальных затрат в странах Африки, расположенных к югу от Сахары (25). Однако эта терапия требует осуществления нескольких мер, включая выявление ВИЧ-позитивных лиц, проведения обследования для исключения активной стадии туберкулеза и соблюдения режима лечения (24). По этим причинам осуществимость этого вида терапии в развивающихся странах является менее очевидной (24). В некоторых исследованиях было зарегистрировано комбинированное применение антиретровирусной терапии и изониазидной профилактической терапии с фактическими данными, свидетельствующими об его эффективности (26, 27). В целях информирования о предварительном порядке необходимо внимательно следить за результатами предстоящих исследований по оценке эффективности комбинированного применения обоих видов терапии.

В.3 Обеспечивать борьбу с инфекцией туберкулеза в медицинских учреждениях и местах скопления людей

В медицинских учреждениях и местах скопления людей (например, в тюрьмах, полицейских и военных казармах), где часто вместе находятся люди с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, повышается инфицированность туберкулезом. Меры по сокращению передачи туберкулеза включают административные, экологические и личные меры защиты, которые направлены на общее сокращение воздействия *M. tuberculosis* на медицинских работников, сотрудников тюрем, полицию и задержанных ее лиц, а также на других лиц, живущих в местах скопления людей.

Административные меры должны включать раннее распознавание, диагностику и лечение лиц с подозрением на туберкулез, особенно лиц с туберкулезом легких, а также отделение лиц с подозрением на туберкулез легких от других людей до подтверждения или исключения диагноза. Экологическая защита должна включать максимальное усиление естественной вентиляции и использование ультрафиолетового излучения (если это возможно). Личные меры защиты должны включать защиту ВИЧ-позитивного лица от возможного воздействия туберкулеза (например, перевод ВИЧ-инфицированного работника из медицинской палаты) и введение профилактической терапии с применением изониазида.

Практические данные показали, что существует повышенный риск туберкулеза среди медицинских работников, студентов, изучающих медицину и сестринское дело, которые имеют контакты с больными (17, 28), заключенных (29) и военнослужащих в военных казармах (30), который обостряется в результате эпидемией ВИЧ. ВИЧ способствует развитию активной стадии туберкулеза у людей с недавно приобретенной инфекцией или с латентной инфекцией *Mycobacterium tuberculosis* (1).

Рекомендация

1. В каждом медицинском учреждении и месте скопления людей должен иметься план борьбы с инфекцией туберкулеза, поддерживаемый всеми основными участниками, который включает административные и экологические меры, а также меры личной защиты в целях сокращения передачи туберкулеза в медицинских учреждениях и в местах скопления людей.

С. Уменьшать бремя ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом

С.1 Обеспечивать тестирование и консультирование в отношении ВИЧ

подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных людей не знают о своем состоянии, касающемся ВИЧ, и обращаются за медицинской помощью к лицам, оказывающим общую медицинскую помощь. Тестирование и консультирование в отношении ВИЧ для больных туберкулезом с использованием оперативных тестов создают исходную базу для непрерывной связи, профилактики, медицинской помощи, поддержки и лечения ВИЧ/СПИДа, а также туберкулеза. Преимущества получают больной, его семья и община в целом. Тестирование должно быть легко доступным и добровольным, должно быть получено информированное согласие и соблюдаться конфиденциальность.

Фактические данные, представленные экспертами (7) и полученные в оперативных исследованиях (8, 9), показали, что тестирование и консультирование в отношении ВИЧ создают непосредственную исходную базу для оказания помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным больным туберкулезом. Наблюдался также высокий уровень восприятия больными туберкулезом тестирования на ВИЧ (8, 9, 31). Эффективность с точки зрения затрат добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ значительно повышается в тех случаях, когда тестирование ориентировано на группы населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (32).

Рекомендации

1. Тестирование и консультирование в отношении ВИЧ должны предлагаться всем больным туберкулезом в местах, где распространенность ВИЧ среди больных туберкулезом превышает 5%.
2. Программы по борьбе с туберкулезом в своих операциях должны уделять основное внимание вопросам проведения тестирования и консультирования в отношении ВИЧ или для этого установить связь системы направления к специалистам с программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

С.2 Внедрять методы профилактики ВИЧ

Сокращение передачи ВИЧ-инфекции половым, парентеральным и "вертикальным" путем основано на широких программах по просвещению в отношении ВИЧ/СПИДа. Меры по сокращению передачи ВИЧ половым путем включают содействие более безопасному и более ответственному сексуальному поведению и практике, позднее начало сексуальной активности, сокращение числа сексуальных партнеров, систематическое применение презервативов (мужских и женских), а также диагностику и лечение других передаваемых половым путем инфекций. Меры по сокращению парентеральной передачи ВИЧ-инфекции включают обеспечение безопасности поставок крови и использование стерилизованного инъекционного и хирургического инструментария в медицинских учреждениях. Среди пользователей внутривенных наркотиков полезно применение стратегий по уменьшению вреда, таких как широкий доступ к стерильному инъекционному инструментарию, лечение наркотической зависимости и внестационарные услуги по сокращению частоты применения инъеклируемых наркотиков. "Вертикальная" передача ВИЧ может быть сокращена посредством предоставления антиретровирусных препаратов беременным женщинам и их детям.

Обзор фактических данных показал, что методы профилактики ВИЧ являются эффективными с точки зрения затрат (6). Применение методов профилактики ВИЧ программами по борьбе с туберкулезом или эффективная система направления больных к специалистам в рамках программ по борьбе со СПИДом осуществимо в местах с высокой распространенностью туберкулеза и ВИЧ (7-9). Улучшение лечения передаваемых половым путем инфекций оказалось сокращает заболеваемость ВИЧ в условиях, характеризующихся появлением эпидемии ВИЧ (33).

Рекомендации

1. Программы по борьбе с туберкулезом должны разработать и применять всеобъемлющие стратегии профилактики ВИЧ в отношении своих больных при уделении основного внимания передаче инфекции половым, парентеральным или "вертикальным" путем, или для этого должны установить связь системы направления к специалистам с программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом.
2. Все больные, посещающие туберкулезные клиники, должны быть обследованы в отношении передаваемых половым путем инфекций с использованием простого вопросника или других рекомендованных подходов. Лица с симптомами передаваемых половым путем инфекций должны подвергнуться лечению или направлены к специалистам в соответствующих лечебных учреждениях.
3. Программы по борьбе с туберкулезом должны осуществлять процедуры по сокращению производственного и внебольничного воздействия ВИЧ-инфекции в своих службах.
4. Программы по борьбе с туберкулезом должны обеспечиваться мерами по сокращению вреда больных туберкулезом в тех случаях, когда инъекцируемый наркотик является проблемой, или для этого должны установить связь системы направления к специалистам с программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом.
5. Программы по борьбе с туберкулезом должны обеспечить предупреждение "вертикальной" передачи инфекции посредством направления беременных женщин к специалистам, предоставляющим услуги по предупреждению передачи инфекции от матери ребенку.

С.3 Внедрять профилактическую терапию с применением ко-тримоксазола

Профилактическая терапия с применением ко-тримоксазола пропагандируется ВОЗ и ЮНЭЙДС для профилактики ряда вторичных бактериальных и паразитических инфекций у соответствующих взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом в Африке. Больные туберкулезом могут пользоваться этим видом терапии. Предварительный порядок построен на предварительных рекомендациях секретариатов ВОЗ/ЮНЭЙДС по использованию профилактики с применением ко-тримоксазола среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Африке.

Фактические данные, полученные в результате рандомизированных контрольных исследований применения профилактической терапии с использованием ко-тримоксазола, свидетельствуют о сокращении смертности среди ВИЧ-позитивных больных туберкулезом с позитивным мазком (34), а также о сокращении случаев госпитализации и заболеваемости среди лиц с ВИЧ/СПИДом (35). Другие нерандомизированные и оперативные исследования показали, что профилактическая терапия с применением ко-тримоксазола осуществима (7, 36, 37), безопасна (36) и сокращает показатели смертности у больных с туберкулезом (31, 36-38). Однако ни одно рандомизированное контрольное исследование не показало благотворного воздействия этого вида терапии (39). Отсутствие воздействия объяснялось недостаточной возможностью данного исследования (40). В некоторых местах могут также быть высокими коэффициенты резистентности к ко-тримоксазолу среди распространенных патогенных микроорганизмов, и это может существенно понизить эффективность профилактической терапии с применением ко-тримоксазола (40).

Рекомендация

Программы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом должны организовать систему обеспечения профилактической терапией с применением ко-тримоксазола соответствующих людей с ВИЧ/СПИДом, имеющих активную стадию туберкулеза.

С.4 Обеспечивать помощь и поддержку в отношении ВИЧ/СПИДа

Доступ к медицинской помощи для людей с ВИЧ/СПИДом является основным правом человека и включает предоставление клинической помощи в качестве части комплекса всеобъемлющей стратегии лечения СПИДа. Эта стратегия включает клиническое ведение (профилактика, ранняя диагностика, рациональное лечение и последующая медицинская помощь для лечения оппортунистических инфекций), сестринскую помощь (включая усиление поддержки в отношении гигиены и питания), паллиативное лечение, оказание помощи на дому (включая просвещение лиц, оказывающих помощь, и родственников больных, содействие общим мерам предосторожности), поддержку в области консультирования и социальную поддержку. Людям с ВИЧ/СПИДом, которые проходят курс лечения туберкулеза или которые завершили это лечение, должна оказываться постоянная помощь и поддержка в отношении ВИЧ/СПИДа с помощью системы направления больных к специалистам.

Рекомендации

1. Все люди с ВИЧ/СПИДом, у которых поставлен диагноз туберкулеза, должны быть также обеспечены услугами в области лечения ВИЧ/СПИДа и оказания поддержки.
2. Программы по борьбе с туберкулезом должны установить связь системы направления к специалистам с программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом с целью предоставления постоянной помощи и поддержки людям с ВИЧ/СПИДом, которые проходят или завершили свое лечение туберкулеза.

Фактические данные показали, что установление связи между программами профилактики, лечения и поддержки усиливают синергию и укрепляют программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом (41). Для расширения моральной и социальной поддержки людям с ВИЧ/СПИДом (42) использовалась антиретровирусная терапия под непосредственным наблюдением для людей с ВИЧ/СПИДом, построенная по модели успешных действий по борьбе с туберкулезом. Оперативные исследования (31, 35) и заключения экспертов (7-9) показали, что сотрудничество между программами по борьбе с туберкулезом и ВИЧ могут эффективным образом расширить масштабы деятельности по оказанию помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным больным туберкулезом.

С.5 Внедрять антиретровирусную терапию

Антиретровирусная терапия улучшает качество жизни и значительно повышает уровень выживания людей с ВИЧ/СПИДом. Доступность антиретровирусной терапии может служить в качестве стимула для тестирования людей на ВИЧ. Она также преобразует ВИЧ-инфекцию в хроническое состояние посредством своего позитивного воздействия на ожидаемую продолжительность жизни. Она является лечением, продолжающимся в течение всей жизни, которое требует высокой степени соблюдения режима для достижения долгосрочных преимуществ и уменьшения до минимума степени развития лекарственной резистентности.

Имеются фактические данные, которые свидетельствуют о том, что эффективная антиретровирусная терапия может сократить заболеваемость туберкулезом ВИЧ-позитивных

лиц более чем на 80% (26, 43). Однако для того чтобы антиретровирусная терапия могла предупредить значительную часть случаев туберкулеза, требуется приступить к этой терапии в начале курса протекания ВИЧ-инфекции, и необходим высокий уровень соблюдения режима (44). Применение антиретровирусной терапии в отношении ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом может привести к временному обострению симптомов и признаков туберкулеза почти у 30% больных в развитом мире (45, 46). В заключениях экспертов (38, 45, 47) и в проведенных наблюдениях (42, 48, 49) было предложено, чтобы программы лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением могли быть использованы в качестве модели применения антиретровирусной терапии в некоторых ситуациях. Например, существуют противоречивые мнения в отношении этой стратегии в связи с недостаточным количеством фактических данных (50). В рамках инициативы "3 к 5", направленной на лечение трех миллионов людей с помощью антиретровирусной терапии к 2005 г., будет расширен доступ к этому виду терапии соответствующих больных туберкулезом.

Рекомендации

1. Антиретровирусную терапию необходимо предлагать всем ВИЧ-положительным больным туберкулезом в зависимости от критерия соответствия в отношении терапии у больных туберкулезом в каждой стране и от взаимодействия лекарственных средств (с рифампицином).
2. Программы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом должны создать механизм проведения антиретровирусной терапии в отношении соответствующих ВИЧ-положительных больных туберкулезом.

5. Показатели, определяющие ситуацию, в которой необходимо приступать к рекомендованным мероприятиям сотрудничества в области ТБ/ВИЧ

В отличие от других связанных с ВИЧ-оппортунистических инфекций, туберкулез может развиваться на всех уровнях состояния иммунитета (измеряемого числом лимфоцитов CD₄) людей с ВИЧ/СПИДом и существенно содействует повышению бремени болезней в этой группе. Поэтому страны в любом ВИЧ-эпидемическом состоянии и в условиях пересечения эпидемий туберкулеза и ВИЧ, должны осуществлять совместную деятельность в области ТБ/ВИЧ, как показано в Таблице 2. Распространенность ВИЧ среди больных туберкулезом является наиболее быстрореагирующим и надежным показателем пересечения эпидемий туберкулеза и ВИЧ в стране. При отсутствии данных по этому вопросу можно использовать национальный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых в качестве показателя для развертывания совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ. На национальном уровне часто существуют данные о распространенности ВИЧ среди взрослых и могут быть использованы для классификации состояния эпидемии в стране.

Таблица 2 Показатели для стран, определяющие ситуацию, в которой необходимо приступить к рекомендованной совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ

Категория	Критерии	Рекомендованная совместная работа в области ТБ/ВИЧ
I	Страны, в которых национальный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых $\geq 1\%$ ИЛИ в которых национальный коэффициент распространенности ВИЧ среди больных туберкулезом $\geq 5\%$.	<p>A. Разработать механизмы сотрудничества</p> <p>A.1 Учредить координационный орган для осуществления эффективной деятельности в области ТБ/ВИЧ на всех уровнях</p> <p>A.2 Проводить эпиднадзор за распространенностью ВИЧ среди больных туберкулезом</p> <p>A.3 Осуществлять совместное планирование в области ТБ/ВИЧ</p> <p>A.4 Проводить мониторинг и оценку</p> <p>B. Уменьшить бремя туберкулеза у людей с ВИЧ/СПИДом</p> <p>B.1 Организовать интенсивное выявление случаев туберкулеза</p> <p>B.2 Внедрить профилактическую терапию с применением изониазида</p> <p>B.3 Обеспечить борьбу с инфекцией туберкулеза в медицинских учреждениях и местах скопления людей</p> <p>C. Уменьшить бремя ВИЧ у больных туберкулезом</p> <p>C.1 Обеспечить проведение тестирования и консультирования в отношении ВИЧ</p> <p>C.2 Внедрить методы профилактики ВИЧ</p> <p>C.3 Внедрить профилактическую терапию с применением ко-тримоксазола</p> <p>C.4 Обеспечить оказание помощи и поддержки в отношении ВИЧ/СПИДа</p> <p>C.5 Внедрить антиретровирусную терапию</p>
II	Страны, в которых национальный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых ниже 1% И в которых существуют административные районы с коэффициентом распространенности ВИЧ среди взрослых $\geq 1\%$	<p>Административные районы с коэффициентом распространенности ВИЧ среди взрослых $\geq 1\%$: осуществление всех видов деятельности в странах категории I в определенных административных районах</p> <p>Другие части страны: осуществление такой же деятельности, как и в странах категории III</p>
III	Страны, в которых национальный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых ниже 1% И в которых существуют административные районы с коэффициентом распространенности ВИЧ среди взрослых $\geq 1\%$	<p>A. Совместное национальное планирование в области ТБ/ВИЧ по осуществлению</p> <p>A.2 Проведения эпиднадзора за распространенностью ВИЧ среди больных туберкулезом</p> <p>B. Уменьшить бремя туберкулеза у людей с ВИЧ/СПИДом [с акцентом на группах высокого риска в отношении ВИЧ и риска в отношении туберкулеза, например на пользователей инъекцируемых наркотиков, работников секс-бизнеса и лицах, находящиеся в местах скопления людей]</p> <p>B.1 Организовать интенсивное выявление случаев туберкулеза</p> <p>B.2 Внедрить профилактическую терапию с применением изониазида</p> <p>B.3 Обеспечить борьбу с инфекцией туберкулеза в медицинских учреждениях и местах скопления людей</p>

Однако это приведет к недооценке высоких коэффициентов распространенности ВИЧ в группах повышенного риска, а также в определенных административных районах в стране, особенно в географически больших странах. Поэтому страны должны рассмотреть региональные (в пределах страны) колебания коэффициентов распространенности ВИЧ, с тем чтобы принять решение в отношении тех видов совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ, которые следует осуществлять. В целях эффективного использования своих ресурсов страны с низкой распространенностью ВИЧ должны в качестве приоритета акцентировать внимание на группах повышенного риска в отношении ВИЧ и туберкулеза, таких как пользователи инъекцируемых наркотиков, работники секс-бизнеса и на местах скопления людей (например, рабочих общежитиях, тюрьмах, полицейских и военных казармах).

6. Цели совместной работы в области ТБ/ВИЧ

Глобальная цель ВОЗ в области борьбы с туберкулезом заключается в том, чтобы к 2005 г. вылечить 85% проходящих курс лечения больных с положительным мазком мокроты и выявить 70% случаев заболевания. Цели тысячелетия в области развития включают цели ВОЗ в борьбе с туберкулезом и также направлены на уменьшение к 2015 г. коэффициентов распространенности туберкулеза и связанной с ним смертности на 50% от уровня оценок 2000 года.

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по СПИДу, среди прочего, поставила следующие глобальные цели в области ВИЧ/СПИДа, которые позднее были одобрены в Глобальной стратегии ВОЗ сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу:

- К 2005 г. сократить распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых мужчин и женщин в возрасте 15-24 лет в наиболее пострадавших странах на 25% и подобным образом к 2010 г. сократить распространенность ВИЧ-инфекции на 25% в глобальном масштабе.
- К 2005 г. обеспечить доступ для по меньшей мере 90% молодых мужчин и женщин в возрасте 15-24 лет к относящимся к молодежи материалам по информации, просвещению и связям в отношении ВИЧ/СПИДа, а к 2010 г. повысить эту часть до по меньшей мере 95%.
- К 2005 г. сократить процент детей, инфицированных ВИЧ на 20%, а к 2010 г. на 50%.

Эффективное осуществление совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ способствует достижению целей в области борьбы с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом. Однако существуют недостаточные данные для того, чтобы показать точные масштабы и механизм, посредством которого эта совместная деятельность в области ТБ/ВИЧ способствует достижению поставленных целей. Поэтому следует проявлять высокий уровень предосторожности при постановке количественных целей совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ. Эти цели позволяют странам, организациям и учреждениям сосредоточить внимание на проблеме и предпринять усилия по достижению общей цели. Цели совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ необходимы для увеличения глобального охвата и ускорения осуществления совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ на уровне стран.

Существуют следующие глобальные цели совместной работы в области ТБ/ВИЧ:

Глобальные цели совместной работы в области ТБ/ВИЧ

1. К 2005 г. все страны в Категории I и Категории II по меньшей мере учреждают национальный координационный орган в области ТБ/ВИЧ для создания механизма сотрудничества между программами борьбы с туберкулезом и ВИЧ.
2. К 2007 г. все страны в Категории I и Категории II разрабатывают совместные планы осуществления деятельности в области ТБ/ВИЧ.
3. К 2007 г. все страны в Категории I и Категории II устанавливают системы эпиднадзора за ВИЧ среди больных туберкулезом

Рекомендация

Страны, осуществляющие совместную деятельность в области ТБ/ВИЧ, должны поставить свои конкретные цели, связанные с собственной страной, для осуществления совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ.

7. Библиография

1. *Стратегические рамки для уменьшения бремени ТБ/ВИЧ*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. (WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV-AIDS/2002.2)
2. *Руководство по осуществлению совместной деятельности программами по ТБ и ВИЧ*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (WHO/CDS/TB/2003.319 WHO/HIV/2003.01)
3. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Geneva, World Health Organization (document in preparation 2004).
4. *Guidelines for the surveillance of HIV among people with tuberculosis*. Geneva, World Health Organization (document in preparation 2004).
5. Borgdorff MW, Floyd K, Broekmans JF. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:217–227.
6. Creese A et al. Cost effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*, 2002, 359:1635–1642.
7. *Second meeting of the Global Working Group on TB/HIV. 14–16 June 2002, Durban, South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.311)
8. *Report on the “lessons learnt” workshop on the six ProTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia. 3–6 February 2003, Durban, South Africa*. Geneva, World Health Organization (document in preparation 2004).
9. Godfrey-Faussett P et al. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to TB control. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:939–945.
10. Range N et al. Trends in HIV prevalence among TB patients in Tanzania, 1991–1998. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:405–412.
11. Talbot EA et al. The validity of HIV testing using sputum from suspected tuberculosis patients, Botswana, 2001. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:710–713.
12. Bowen EF et al. HIV seroprevalence by anonymous testing in patients with *Mycobacterium tuberculosis* and in tuberculosis contacts. *Lancet*, 2000, 356:1488–1489.
13. *Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. Selection, evaluation and implementation*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CSR/EDC.2001.16, UNAIDS/01.22E)
14. Anderson S, Maher D. *An analysis of interaction between TB and HIV/AIDS programmes in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/2001.294)
15. Floyd K, Wilkinson D, Gilks C. Comparison of cost effectiveness of Directly Observed Treatment (DOT) and conventional delivered treatment for tuberculosis: experience from rural South Africa. *British Medical Journal*, 1997, 315:1407–1411.
16. Floyd K. Cost and effectiveness — the impact of economic studies on TB control. *Tuberculosis*, 2003, 83:187–200.

17. Harries AD, Maher D, Nunn P. Practical and affordable measures for protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75:477–489.
18. DeCock K, Chalsson R. Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:457–467.
19. Nachega J et al. Tuberculosis active case finding in a mother-to-child HIV transmission prevention programme in Soweto, South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1398–1400.
20. Burgess A et al. Integration of tuberculosis screening at an HIV voluntary counselling and testing center in Haiti. *AIDS*, 2001, 15:1875–1879.
21. Nachega J et al. Tuberculosis active case-finding in mother-to-child transmission programme in Soweto, South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1398–1400.
22. WHO and UNAIDS Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. *Weekly Epidemiological Record*, 1999, 74:385–400.
23. LoBue PA, Moser KS. Use of isoniazid for latent tuberculosis infection in a public health clinic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2003, 168:443–447.
24. Wilkinson D. Drugs for preventing TB in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (4):CD000171.
25. Bell J, Rose D, Sacks H. Tuberculosis preventive therapy for HIV infected people in sub-Saharan Africa is cost effective. *AIDS*, 1999, 13:1549–1556.
26. Giardi E et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. *AIDS*, 2000, 14:1985–1991.
27. Santoro-Lopes G et al. Reduced risk of tuberculosis among Brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 34:543–546.
28. *Руководство по профилактике туберкулеза в медицинских учреждениях в условиях ограниченных ресурсов*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1999 г. (WHO/CDS/TB/99.269)
29. *Борьба с туберкулезом в тюрьмах. Руководство для руководителей программ*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (WHO/CDS/TB/2000.281)
30. Miles S. HIV in insurgency forces in sub-Saharan Africa — a personal view of policies. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14:174–178.
31. Zachariah R et al. Voluntary counselling, HIV testing and adjunctive cotrimoxazole reduces mortality in tuberculosis patients in Thyolo, Malawi. *AIDS*, 2003, 17:1053–1061.
32. Sweat M et al. Cost effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet*, 2000, 356:113–121.
33. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based intervention for reducing sexually transmitted infections including HIV infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001(2):CD001220.
34. Wiktor SZ et al. Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease the morbidity and mortality in HIV-1 infected patients with tuberculosis in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1469–1475.
35. Anglaret X et al. Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised trial. Cotrimo-CI study group. *Lancet*, 1999, 353:1463–1468.
36. Zachariah R et al. Cotrimoxazole prophylaxis in HIV infected individuals after completing anti-tuberculosis treatment in Thyolo, Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2002, 6:1046–1050.
37. Zachariah R et al. Compliance with cotrimoxazole prophylaxis for the prevention of opportunistic infections in HIV-positive tuberculosis patients in Thyolo district, Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:843–846.
38. *Third Meeting of the Global Working Group on TB/HIV. Montreux, 4–6 June, 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.327)
39. Maynard M et al. Primary prevention with cotrimoxazole for HIV-1 infected adults: results of the pilot study in Dakar, Senegal. *Journal of Acquired Immunity Deficiency Syndrome*, 2001, 26:130–136.
40. Godfrey-Faussett P. District-randomised phased implementation: strengthening the evidence base for cotrimoxazole for HIV positive tuberculosis patients. *AIDS*, 2003, 17:1079–1081.
41. *Improving access to care in developing countries: lessons from practice, research, resources and partnerships. Report from a meeting: Advocating for access to care and sharing experiences. 29 November–1 December 2001, Paris*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
42. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.

43. Badri M, Wilson D, Wood R. Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2002, 359:2059–2064.
44. Williams B, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science Express*, 2003, 10:1126/science 1086845 accessed on August 14, 2003.
45. *Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings. Guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2002.
46. Narita M et al. Paradoxical worsening of tuberculosis following antiretroviral therapy in patients with AIDS. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1998, 158:157–161.
47. *Consensus statement on antiretroviral treatment for AIDS in poor countries*. Boston, Harvard University, 2001.
48. Mitty J et al. Directly observed therapy (DOT) for individuals with HIV: successes and challenges. *Medscape General Medicine*, 2003;5, accessed on April 2, 2003.
49. Farmer P et al. Community based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (Directly Observed Therapy with Highly Active Antiretroviral Therapy). *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:1145–1151.
50. Liechty C, Bangsberg D. Doubts about DOT: antiretroviral therapy for resource-poor countries. *AIDS* 2003, 17:1383–1387.

Департамент "Остановить туберкулез",
Программа инфекционных болезней
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

За дополнительной информацией о
туберкулезе или других
инфекционных болезнях
просьба обращаться в

Информационный центр по ресурсам,
Инфекционные болезни
Всемирная организация здравоохранения
20 avenue Appia
CH - 1211 Geneva 27, Switzerland
[cgsdoc@who.int](mailto:cdsdoc@who.int)

факс + 41 22 791 4285

Вы можете также посетить наш веб-сайт:
<http://www.who.int/gtb>