

**МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИ**

**МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ**

**MEDICAL SCIENCES**

*Акматова Б.А.*

**БОРБОРДУК АЗИЯ ӨЛКӨЛӨРҮНДӨ (КАЗАКСТАН,  
КЫРГЫЗСТАН ЖАНА ТАЖИКСТАН) АИВ ИНФЕКЦИЯСЫ  
УЧУРУНДАГЫ КУРГАК УЧУККА КАБЫЛГАНДАРГА КЫЗМАТ КӨРСӨТҮҮ  
СИСТЕМАСЫНА БАА БЕРҮҮНҮН ЖЫЙЫНТЫГЫ**

*Акматова Б.А.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО  
ТУБЕРКУЛЕЗУ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ  
(КАЗАХСТАН, КЫРГЫЗСТАН И ТАДЖИКИСТАН)**

*B.A. Akmatova*

**THE RESULTS OF THE EVALUATION OF TB SERVICES  
IN HIV INFECTION IN THE COUNTRIES OF CENTRAL ASIA, KAZAKHSTAN,  
KYRGYZSTAN AND TAJIKISTAN**

УДК: 616-002.5: 616.988 (574). (575.2). 575.3)

Кургак учук жана кабылданган иммундук жетишсиздик синдрому (КИЖС) (СПИД) оорулары көп болгон, ушул оорулардан улам өлүм көп кезиккен өлкөлөрдөгү АИВ жуктуруп алган адамдарда эң көп учураган оппортунисттик дарт болуп кургак учук эсептелет. Ушуга байланыштуу АИВ инфекциясы болгондо кургак учук оорусунда кызмат көрсөтүү системасынын Казакстан, Кыргызстан жана Тажикстан өлкөлөрүндө баалоо өткөзүлгөн. Изилдөө АИВ менен жашаган адамдарда кургак учукту аныктоо, диагностикалоо жана дарылоо боюнча кургак учукка каршы кызматы жана кабылданган иммундук жетишсиздик синдрому (КИЖС) кызматтары бирге натыйжалуу иштөөсү аркылуу кызмат көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу керек экендигин натыйжалдады.

**Негизги сөздөр:** кургак учук, АИВ, кургак учукка клиникалык скрининг, антиретровирустук терапия, алдын алуучу изониазид терапиясы, алдын алуучу котримаксазол терапиясы.

Туберкулез является наиболее частым оппортунистическим заболеванием у ВИЧ-инфицированных в странах с высоким бременем туберкулеза и частой причиной смерти больных синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД). В этой связи проведена оценка системы предоставления услуг по туберкулезу (ТБ) при ВИЧ-инфекции в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане. Исследование показало необходимость дальнейшего улучшения качества предоставления услуг людям живущим с ВИЧ (ЛЖВ) по выявлению, диагностике и лечению туберкулеза (ТБ) через эффективное взаимодействие между противотуберкулезной службой и службой СПИД.

**Ключевые слова:** туберкулез, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), клинический скрининг на туберкулез, антиретровирусная терапия, профилактическая терапия изониазидом, профилактическое лечение котримоксазолом.

*Tuberculosis is the most frequent opportunistic disease in HIV-infected people in countries with a high burden of tuber-*

*culosis and a frequent reason of death of patients with AIDS. In this regard, an assessment of the system of HIV/TB services in Kazakhstan, Kyrgyzstan and Tajikistan was conducted. The research showed the need to further improve the quality of providing people living with HIV (PLWHIV) services for identifying, diagnosing and treating TB through effective interaction between the TB service and the AIDS service.*

**Key words:** tuberculosis, human immunodeficiency virus (HIV), clinical screening for tuberculosis, antiretroviral therapy, preventive therapy with isoniazid, preventive treatment with cotrimoxazole.

**Введение.** Кыргызстан, Казакстан и Таджикистан относятся к странам с высоким приоритетом по туберкулезу в Европейском Регионе ВОЗ [1]. Туберкулез и ВИЧ-инфекция – это два тесно связанных между собой заболевания, поскольку развитие ТБ зависит от состояния клеточного иммунитета, а ВИЧ уничтожает именно это звено иммунной системы. Вероятность того, что у них разовьется активная форма заболевания, в 20-37 раза превышает аналогичный показатель среди людей, не имеющих ВИЧ-инфекцию [2,3]. Туберкулез (ТБ) является наиболее частым оппортунистическим заболеванием у ВИЧ-инфицированных в странах с высоким бременем туберкулеза и частой причиной смерти больных СПИДом. В этой связи ВОЗ рекомендует реализацию пакета совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ, состоящего из 12 пунктов, описанных в документе «Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон» для контроля эпидемии ТБ, обусловленной ВИЧ-инфекцией [4]. Взаимодействие служб по борьбе с ТБ и с ВИЧ-инфекцией является необходимым звеном в организации выявления и адекватного лечения больных сочетанной инфекцией

и предупреждения распространения ТБ среди больных ВИЧ-инфекцией.

**Целью настоящего исследования** явился сбор и анализ информации о спектре и качестве существующих услуг по диагностике, лечению и профилактике туберкулеза у ЛЖВ, а также определение существующих потребностей в улучшении этих услуг в странах Центральной Азии (ЦА): Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане.

**Дизайн исследования.** Оценка услуг по ТБ при ВИЧ проводилась в сайтах Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, привлеченных к данному исследованию. Оценка была проведена с помощью комплекса качественных и количественных методов, включающего: I) анализ имеющихся нормативно-методических документов; II) индивидуальные интервью с ключевыми партнерами; III) полу-структурированные интервью в малых группах с персоналом, задействованным в предоставлении услуг ЛЖВ, связанных с ВИЧ и ТБ, в отобранных для оценки центрах СПИД и ЦСМ, а также с ЛЖВ и пациентами с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ (табл. 1); и IV) обзор и анализ ретроспективных программных мониторинговых данных из электронной системы слежения за случаями ВИЧ-инфекции (ЭС) за 2015 год.

Таблица 1

**Число медицинских работников и ЛЖВ, принявших участие в интервью**

| Участники интервью    | Страны    |            |             | Всего |
|-----------------------|-----------|------------|-------------|-------|
|                       | Казахстан | Кыргызстан | Таджикистан |       |
| Медицинские работники | 34        | 32         | 17          | 83    |
| Пациенты              | 23        | 20         | 38          | 81    |

Такой многосторонний подход сбора данных из множества различных источников, позволил получить всеобъемлющую картину оказания услуг, предоставляемых лицам, живущим с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ) по туберкулезу. Протокол и график проведения оценки был одобрен МЗ КР (Приказ №06-1/4-309 от 13.01.2016 год) и РЦ СПИД, а также Комитетом по этике медико-социальных и научных исследований КР, Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и Институциональным наблюдательным советом Колумбийского Университета.

**Результаты исследования.** Анализ имеющихся нормативно-методических документов показал, что в странах ЦА, участвующих в оценке, реализация мероприятий, связанных с оказанием услуг пациентам с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, регулируется нормативными документами, утвержденными и подписанными Президентом страны, Правительством, рядом приказов Министерства здравоохранения и национальными клиническими протоколами по ВИЧ-инфекции и по туберкулезу. Данный факт подтверждает приверженность МЗ и государства в

целом принципам всеобщего доступа и обеспечения ЛЖВ полноценной медицинской помощью.

В Казахстане все услуги, касающиеся ухода и лечения лиц с ТБ и ВИЧ, полностью поддерживаются за счет средств государства, Кыргызстане - за счет средств государства и международных доноров (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией - ГФСТМ). В Таджикистане – большинство услуг финансируется средствами международных доноров, но государство каждый год увеличивает финансирование программ по ВИЧ и ТБ в стране.

Услуги по ВИЧ и ТБ в рамках профилактики, ранней диагностики и лечения ТБ у ЛЖВ оказываются тремя службами – службой СПИД, противотуберкулезной службой и системой первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В Кыргызстане децентрализация и интеграция медицинских услуг в центры семейной медицины (ЦСМ) приблизила медицинские услуги к пациентам и улучшила доступ к ним, а также снизила нагрузку на врачей и медицинских сестер центров СПИД и противотуберкулезных учреждений. В этих условиях ЛЖВ могут проходить клиническое обследование и получать антивирусную терапию (АРТ) в ЦСМ, тем не менее, часть пациентов с ВИЧ-инфекцией предпочитают получать услуги в областных и городских центрах СПИД. Стало очевидным, что медицинские специалисты на уровне ПМСП нуждаются в систематическом обучении действиям по ТБ и ВИЧ-инфекции. Это проблема имеет место и в Казахстане и Таджикистане. Оценка выявила недостаточный уровень знаний также у специалистов центров СПИД по ведению пациентов с двойной инфекцией и потребность в систематическом обучении действиям по ВИЧ и ТБ, включая вопросы профилактики, диагностики и лечения ТБ у ЛЖВ, описанные в существующих национальных руководствах и протоколах. Однако в странах нет финансовых средств для проведения обучающих мероприятий по повышению квалификации медицинских сотрудников центров СПИД/ЦСМ и все тренинги проводятся за счет средств международных доноров.

Оценка показала, что в странах существует необходимая нормативно-правовая база по вопросам ТБ/ВИЧ ко-инфекции, но нет надлежащего контроля на местах за исполнением существующих приказов и протоколов, а также не все требования, прописанные в приказах, исполняются специалистами в медицинских учреждениях в полном объеме. Несмотря на существование целого ряда нормативных документов по ведению пациентов с двойной инфекцией (ТБ и ВИЧ), часть из них нуждается в срочном пересмотре и обновлении в соответствии с новыми рекомендациями ВОЗ.

Отметим, что в условиях высокой распространенности ТБ у ЛЖВ, ведущую роль в ведении ЛЖВ с подозрением на ТБ и пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и ТБ должен играть именно фтизиатр, который принимает непосредственное участие в

профилактике ТБ, организует и отслеживает процесс диагностики и лечения ТБ у ЛЖВ. В этом ключе в рамках мультидисциплинарного подхода фтизиатр должен тесно сотрудничать с врачами-инфекционистами, медицинскими сестрами, социальными работниками и равными консультантами центра СПИД для достижения максимально эффективного результата. Однако результаты оценки показали наличие проблем в обеспечении центров СПИД фтизиатром. Так, в Кыргызстане не предусмотрена должность фтизиатра в штате СПИД центров, но должность фтизиатра имеется в ЦСМ. Однако инфекционисты и фтизиатры ЦСМ недостаточно эффективно взаимодействуют между собой при ведении пациентов с двойной инфекцией. Несложные случаи туберкулеза могут быть установлены фтизиатром ЦСМ, а при возникновении сложных случаев – диагностика проводится на уровне противотуберкулезного учреждения. В Казахстане и Таджикистане эта должность есть в центрах СПИД, но не во всех. Более того, диагноз ТБ может быть поставлен только фтизиатром противотуберкулезного учреждения, поэтому даже при наличии штатного или по совместительству фтизиатра в центрах СПИД, пациент с подозрением на ТБ должен быть направлен в противотуберкулезное учреждение. Слабому взаимодействию между службами здравоохранения и потере пациентов при перенаправлении их в другие учреждения также способствует территориальная их разбросанность на местах.

В странах не уделяют должного внимания равным консультантам и социальным работникам – они не вовлечены в процесс профилактики, скрининга на ТБ и мониторинга ПТИ.

Результаты оценки также продемонстрировали, что специалисты центров СПИД не уделяют достаточного внимания вопросам профилактики и своевременной диагностики туберкулеза, а также мониторингу и поддержке ПТИ. Основные факторы, способствующие такой ситуации – это перегрузка врачей, текучесть кадров и недостаток знаний и опыта в области ведения пациентов с ТБ/ВИЧ ко-инфекцией.

Во многих центрах СПИД нет достаточного количества помещений и условий для осмотра пациентов и ожидания пациентами приема специалистов. Это приводит к несоблюдению конфиденциальности в отношении ЛЖВ и мер инфекционного контроля в учреждениях.

Анализ показал, что в центрах СПИД наблюдается слабый мониторинг маршрута пациента в вопросах профилактики, диагностики и лечения ТБ, особенно при перенаправлении пациента в поликлинику или противотуберкулезный диспансер. Отмечается низкое качество и отсутствие полноты данных при их регистрации в журналах и амбулаторных картах. Отсутствует полноценный взаимный обмен информацией и регулярная совместная сверка данных о пациентах. В Кыргызстане ожидается, что

в ближайшем будущем взаимодействие между службами будет постоянно улучшаться, в связи с включением ряда индикаторов по ВИЧ-инфекции (охват ЛЖВ с ТБ АРТ, охват ЛЖВ ПТИ и котримоксазолом) в программы по Мониторингу и оценке (МиО) противотуберкулезной службы.

Оценка качества услуг по профилактике, скринингу, диагностике и лечению ТБ у ЛЖВ в этих странах продемонстрировала значительные пробелы в обеспечении мероприятиями по профилактике ТБ у ЛЖВ, включая вопросы профилактической терапии изониазидом, осуществления мер инфекционного контроля в медицинских учреждениях, обеспечения пациентов информационно-образовательными материалами и проведения информационных сессий.

В странах на основании существующей нормативной базы профилактическая терапия изониазидом (ПТИ) назначается после исключения активного ТБ. Профилактика проводится изониазидом в течение 6 мес. (5мг/кг массы тела в сутки, но не более 300 мг) и обязательно под контролем специалистов центров СПИД или ПМСП. Однако, на практике, специалисты центров СПИД не проводят контроль над приемом препарата и не осуществляют мониторинг приверженности профилактической терапии.

В Кыргызстане охват ЛЖВ ПТИ в сайтах оценки колеблется от 4% до 48% от числа подлежащих терапии изониазидом, и завершение шестимесячного полного курса - от 0% до 36% в 2015 году и является довольно низким показателем. Низкий охват ПТИ ЛЖВ специалисты объясняют перебоями в обеспечении изониазидом, отсутствием на местах клинических руководств/протоколов по ТБ/ВИЧ и боязнью назначать самостоятельно ПТИ. Однако, по данным опроса ЛЖВ, процент пациентов, завершивших полный курс ПТИ, предполагает более высокие показатели. В Казахстане этот показатель составил 100% во всех сайтах и доля пациентов, завершивших ПТИ, варьирует от 80% до 100% в 2015 году. В Таджикистане в 2015 году охват ПТИ пациентов колебался от 93% до 100%, а процент пациентов, завершивших курс превентивного лечения варьировал от 74% до 98%.

Однако по данным опроса ЛЖВ, процент завершивших полный курс ПТИ предполагает более низкие показатели, в силу отсутствия мониторинга приверженности приему изониазида со стороны медицинских работников, недостаточной информации о длительности ПТИ. В то же время необходимо отметить, что опрошенные пациенты не обязательно получали ПТИ в 2015 году.

Результаты оценки показали, что в странах меры инфекционного контроля по ТБ в центрах СПИД нуждаются в существенном улучшении. Нет разработанных алгоритмов, описывающих пошаговые процедуры инфекционного контроля по ТБ и удобных для использования. Обучение персонала не проводится, нет информационных материалов по «этикету» кашля для пациентов.

Многие учреждения не имеют достаточного количества помещений для сортировки и изолирования кашляющих пациентов, а также не имеют возможностей для адекватного вентилирования помещений. Отмечается нехватка или отсутствие средств для обеззараживания воздуха (бактерицидные лампы) и индивидуальной защиты (респираторы). Если даже есть респираторы для медработников и маски для пациентов, они должным образом не используются.

В странах, где была проведена оценка, выявлен недостаток информационно-образовательных материалов и отмечается недостаточное количество времени, уделяемого пациентам для проведения информационных сессий по вопросам ВИЧ и ТБ, что приводит к низкому уровню информированности ЛЖВ. Пациенты и сообщество в дальнейшем нуждаются в обучении вопросам профилактики заражения туберкулезом и соблюдения мер инфекционного контроля, включая обучение «этикету» кашля с целью снижения риска заражения ТБ в медицинских учреждениях и других помещениях, переполненных людьми.

Согласно национальным клиническим протоколам, руководствам по ВИЧ-инфекции люди, живущие с ВИЧ, должны регулярно проходить клинический скрининг-опрос на ТБ (КСТ). КСТ основан на выявлении симптомов, таких как кашель в настоящее время, повышение температуры, потеря веса и ночная потливость. Тест должен проводиться при каждом их посещении медицинского учреждения независимо от получения ими ПТИ и АРТ. Несмотря на то, что специалисты центров СПИД сообщили, что они всегда проводят КСТ, ЛЖВ в своих интервью указали, что скрининг-опрос проводится не всегда. Данные ЭС также подтвердили, что в странах на сайтах скрининг-опрос на ТБ не проводится на регулярной основе, а данные результатов опроса не всегда документируются в амбулаторных картах и ЭС.

При подозрении на туберкулез ЛЖВ обычно получает направление центра СПИД в ПМСП, где он должен пройти полный диагностический алгоритм по диагностике ТБ. Данный алгоритм включает в себя трехкратную бактериоскопию мокроты, рентгенологическое исследование, консультацию фтизиатра (рутинные исследования), и исследование с использованием быстрого метода молекулярно-биологической диагностики туберкулеза (Xpert MTB/RIF). В Кыргызстане Xpert MTB/RIF рекомендован в качестве первого диагностического теста при диагностике ТБ у ЛЖВ. В Казахстане и Таджикистане данный тест рассматривается как дополнительный метод диагностики. Платформы Xpert MTB/RIF в основном установлены в противотуберкулезных организациях, а в Кыргызстане и в некоторых учреждениях ПМСП, что является неудобным для ЛЖВ.

Исследование также показало, что в странах основными проблемами при диагностике ТБ у ЛЖВ

являются низкий доступ к диагностическим обследованиям, особенно при подозрении на внелегочный ТБ и недостаточное качество этих обследований. При отсутствии документов и прикрепления к учреждениям ПМСП, ЛЖВ не имеют возможности пройти рентгенографию на бесплатной основе. Пациенты с подозрением на ТБ должны проходить целый ряд диагностических обследований, большинство из которых проводится в других медицинских учреждениях, где ЛЖВ могут потенциально столкнуться с проявлениями стигмы и дискриминации со стороны медицинского персонала. Кроме того, некоторые ЛЖВ пропускают обследование, не приходя в назначенное время. Все эти факторы ведут к затягиванию процесса диагностики ТБ. В то же время медицинские специалисты службы СПИД, ТБ и ПМСП не взаимодействуют между собой должным образом для обеспечения отслеживания (мониторинга маршрута) пациентов с подозрением на ТБ для своевременной диагностики и лечения ТБ. Более того, медицинские учреждения не используют Xpert MTB/RIF в полном объеме, несмотря на его наличие в стране.

В странах показатель охвата пациентов с ТБ/ВИЧ противотуберкулезным лечением неоднозначен. Так, в Казахстане этот показатель среди «новых» случаев ТБ и «рецидивов» довольно высок и колеблется от 98% до 100% соответственно. Такой же расклад и среди пациентов ЛЖВ, употребляющие инъекционные наркотики с туберкулезом (ЛУИН/ ТБ). В Кыргызстане охват лечением пациентов среди «новых» случаев ТБ составляет 100% во всех сайтах, однако среди ЛЖВ/ЛУИН этот показатель равен 50%. Среди случаев «рецидивы» этот показатель варьирует от 25% до 100% и от 29% до 100% у ЛЖВ/ЛУИН/ТБ. В Таджикистане лечение ТБ среди ЛЖВ с «новыми» случаями ТБ колеблется от 67% до 100% и от 55% до 100% среди ЛЖВ/ЛУИН/ТБ. На сайтах оценки был только один пациент с «рецидивом» туберкулеза, который начал противотуберкулезное лечение.

Несмотря на то, что при опросе представители противотуберкулезной службы отмечают высокий уровень охвата ЛЖВ с ТБ антиретровирусной терапией, по данным ЭС процент охвата АРТ пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих противотуберкулезную терапию по поводу нового случая ТБ в 2015 году в Казахстане варьирует от 52% до 77%, и среди ЛЖВ/ЛУИН/ТБ - варьирует от 52% до 74%. Показатели охвата АРТ пациентов с ВИЧ-инфекцией при рецидивах ТБ варьирует от 36% до 77% и среди ЛЖВ/ЛУИН/ТБ почти такие же показатели - от 35% до 77%.

В Кыргызстане согласно данным ЭС в 2015 году показатель охвата пациентов с ТБ/ВИЧ антиретровирусной терапией, получающих лечение ТБ как «новые» случаи заболевания колеблется от 54% до 100% и среди ЛЖВ/ЛУИН/ТБ – от 33% до 100% в сайтах оценки. При рецидивах ТБ этот показатель варьирует от 71% до 100% и такой же

показатель среди ЛЖВ/ЛУИН/ТБ. Предполагается, что в Кыргызстане показатели охвата АРТ пациентов с ТБ/ВИЧ в ближайшее время будут улучшаться, в связи с включением в 2015 году этого индикатора в программу по МиО противотуберкулезной службы.

Специалисты центров СПИД при проведении интервью объяснили, что низкий охват АРТ пациентов, получающих лечение по поводу ТБ, связан с целым рядом причин: отказ пациентов от АРТ из-за необходимости одновременного приема большого количества препаратов и боязнь побочных эффектов лечения; низкая приверженность пациентов как противотуберкулезному лечению, так и АРТ; отсутствие постоянного места жительства у определенной категории ЛЖВ; присутствие стигматизации и дискриминации в отношении ЛЖВ со стороны медработников, частые нарушения стационарного режима и самовольный уход; недостаточное количество АРВП в некоторых регионах. Специалисты центров СПИД отметили, что они откладывают назначение АРТ, когда предполагают, что пациент не будет привержен лечению. Все эти факторы в большей степени выявляются при рецидивах ТБ, в том числе МЛУ/ТБ.

Высокие показатели охвата АРТ пациентов с ТБ/ВИЧ отмечаются в Таджикистане. Так, среди ВИЧ-инфицированных больных с «новым» случаем туберкулеза этот показатель составил 100%, с «рецидивом» был один пациент, который находился на АРТ. Среди ЛЖВ/ЛУИН/ТБ охват варьировал от 88% до 100% на сайтах оценки. Высокие показатели охвата АРТ пациентов с ТБ/ВИЧ специалисты центров СПИД объясняют тем, что в последнее время несколько улучшилась координация между центрами СПИД и противотуберкулезными учреждениями, а также малым количеством пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ.

Ключевые партнеры во время интервью указали на то, что само назначение АРТ в противотуберкулезных учреждениях не подразумевает проведение мониторинга над приемом препаратов медицинским персоналом. Препараты выдаются пациентам на руки и не фиксируются в листах назначения.

Оценка показала, что в странах по данным ЭС профилактика оппортунистических инфекций котримоксазолом не проводится в полном объеме. Так, в Казахстане процент пациентов с ТБ/ВИЧ, начавшие получать лечение ТБ в 2015 году и охваченные профилактикой котримоксазолом, который был назначен после или до лечения ТБ и продолжавшие его принимать, колеблется от 67% до 86% в сайтах оценки. В Кыргызстане данный показатель колеблется от 25% до 46%, и низкий охват объясняется переборами в обеспечении препаратами.

На сегодняшний день в стране обеспечение котримоксазолом пациентов с ВИЧ и ТБ, получающих лечение ТБ, происходит за счет ГФСТМ. Оценка показала, что специалисты, предоставляющие услуги по ВИЧ, выдают котримоксазол ЛЖВ на руки, также как АРВ препараты, и в условиях противотуберкулезного учреждения мониторинг за его приемом не проводится, не регистрируется в медицинских документах. В Казахстане, начиная с 2016 года, в некоторых регионах начался процесс передачи противотуберкулезной службе заказа и обеспечения котримоксазолом пациентов с ВИЧ и ТБ, получающих интенсивную фазу лечения ТБ, и предполагается улучшение процесса охвата пациентов профилактическим лечением котримоксазолом под контролем и повышения приверженности лечению.

В Таджикистане, также как в Казахстане и Кыргызстане, процент пациентов с ТБ/ВИЧ, получающих лечение котримоксазолом, низкий и колеблется от 54% до 88% в сайтах оценки.

В ходе оценки не удалось интерпретировать исходы лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных только на основе данных ЭС. Для верификации данных в системе ЭС необходимы данные электронного регистра по туберкулезу, что было невозможно ввиду отсутствия такого обмена информацией, что в свою очередь не дает всей полноты картины.

Таким образом, оценка услуг по ТБ при ВИЧ, проведенная на сайтах Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, привлеченных к данному исследованию, показала необходимость дальнейшего улучшения качества предоставления услуг ЛЖВ по выявлению, диагностике и лечению ТБ. Через эффективное взаимодействие между противотуберкулезной службой и службой СПИД необходимо проводить на постоянно действующей основе обучение медицинских работников этих служб вопросам касающихся профилактики, диагностики, лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных в рамках действующих национальных клинических протоколов, основанные на рекомендациях ВОЗ по ТБ и ВИЧ-инфекции.

#### Литература:

1. Туберкулез в Европейском регионе ВОЗ // Информационный бюллетень. - Копенгаген, март 2017 г.
2. ТБ/ВИЧ. Клиническое руководство 2-ое издание, WHO/HTM/TB/2004.329.
3. The Stop TB Strategy. Geneva, WHO, 2003 (WHO/HTM/TB/2006.368).
4. Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон // WHO/HIV, 2012.

Рецензент: к.м.н., доцент Азыкова А.Б.