



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Preporuke o zajedničkim HIV/TB aktivnostima



WHO/HTM/TB/2004.330

WHO/HTM/HIV/2004.1

PREPORUKE O ZAJEDNIČKIM TB/HIV AKTIVNOSTIMA

“Zaustavimo TB” sektor i Sektor za HIV&AIDS

Svetska zdravstvena organizacija

Ženeva, Švajcarska

2004

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Beograd

2011.

Pripremili: Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom, Antony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn, Jos Perriens, Alasdair Reid i Marco Vitoria, ispred komiteta za pisanje preporuka o zajedničkim TB/HIV aktivnostima za Globalnu TB/HIV radnu grupu "Zaustavimo TB" partnerstva.

TB/HIV Komitet za pisanje prelaznih rešenja: Francis Adatu (Nacionalni TB kontrolni program, Uganda), Karin Bergstrom ("Zaustavimo TB" sektor, SZO), Leopold Blanc ("Zaustavimo TB" sektor, SZO), Haileyesus Getahun ("Zaustavimo TB" sektor, SZO), Peter Godfrey-Fausset (Londonska škola higijene i tropske medicine, Engleska), Jeroen van Gorkom (KNCV TB Fondacija, Namibija), Anthony Harries (Nacionalni TB kontrolni program, Malavi), Mark Harrington (Akciona grupa za terapiju, SAD), George Loth (Sektor za HIV/AIDS, SZO), Bess Miller (Centar za kontrolu i prevenciju bolesti, SAD), Jintana Ngamvithayapong-Yanai (TB/HIV Istraživačka fondacija, Tajland), Ya-Diul Mukadi (Internacionalna organizacija za porodično zdravlje, SAD), Wilfred Nkhoma (Regionalna kancelarija za Afriku, SZO), Paul Nunn ("Zaustavimo TB" sektor, SZO), Paul Pronyk (Univerzitet Witwatersrand, Južno Afrička Republika), Pilar Ramon-Pardo (Pan-Američka zdravstvena organizacija, SZO), Jos Perriens (Sektor za HIV/AIDS, SZO) Alasdair Reid ("Zaustavimo TB" sektor, SZO), Ying Ru-Lo (Regionalna kancelarija Jugo-istočna Azija, SZO), Fabio Scano ("Zaustavimo TB" sektor, SZO), Catherine Sozi (UNAIDS, Južno Afrička Republika), John Stover (The Futures Group International, SAD), Marco Vitoria (Sektor za HIV/AIDS, SZO).

Priznanja: Pored pregleda TB/HIV radne grupe "Zaustavimo TB" partnerstva, STAG-TB i različitih međunarodnih konferencija, sledeći ljudi su pregledali dokument i dali značajne komentare: Maarten van Cleeff (KNCV TB Fondacija, Holandija), Kevin DeCock (CDC, Kenija), Daniel Kibuga (Regionalna kancelarija za Afriku, SZO), Rafael Lopez ("Zaustavimo TB" odsek, SZO), Dermot Maher ("Zaustavimo TB" odsek, SZO), Mario Raviglione ("Zaustavimo TB" odsek, SZO), Satyajit Sarkar ("Zaustavimo TB" odsek, SZO), članovi TB/HIV konsultantske grupe za monitoring i evaluaciju, kao i učesnici „TB/HIV koinfekcija“ radionice u San Pedro Sula, Honduras (14–15 Avgust 2003).

Koordinator: Haileyesus Getahun

Publikaciju je izdala Svetska zdravstvena organizacija, 2004 godine na engleskom jeziku, pod nazivom "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities". Publikaciju su pripremili: Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom, Antony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn, Jos Perriens, Alasdair Reid i Marco Vitoria. © Svetska zdravstvena organizacija 2004.

Generalni direktor Svetske zdravstvene organizacije dao je prava prevoda za srpsko izdanje Ministarstvu zdravlja Republike Srbije, koje je jedino odgovorno za izdanje na srpskom jeziku.

Publikacija je prevedena i štampana u okviru projekta Ministarstva zdravlja Republike Srbije "Kontrola tuberkuloze u Srbiji" sredstvima donacije Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije. Publikaciju su priredili: prof. dr Đorđe Jevtović, prof. dr Gordana Radosavljević Ašić, doc. dr Gordana Dragović Lukić. Strana koja je prevela ovu publikaciju odgovorna je za tačnost prevoda. © Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2011.

Sadržaj

Skraćenice	4
1. Uvod	5
1.1 Obrazloženje.....	5
1.2 Svrha	5
1.3 Ciljna grupa.....	5
2. Proces formulisanja prelaznih rešenja	6
3. Opšti cilj i pojedinačni ciljevi udruženih TB/HIV aktivnosti	6
4. Preporučene zajedničke TB/HIV aktivnosti	6
A Uspostavljanje mehanizama saradnje	7
B Smanjenje opterećenja tuberkulozom kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om	11
C Smanjenje opterećenja HIV-om kod pacijenata obolelih od tuberkuloze	13
5. Vreme započinjanja preporučenih udruženih TB/HIV aktivnosti	15
6. Ciljevi za udružene TB/HIV aktivnosti	17
7. Reference	18

Skraćenice

AIDS	Sindrom stečene imunodeficijencije
DOT	Direktno opservirana terapija
DOTS	Međunarodno preporučena strategija za kontrolu TB
HIV	Virus humane imunodeficijencije
MDG	Milenijumski ciljevi razvoja
MTCT	Transmisija sa majke na dete
PLWHA	Ljudi koji žive sa HIV-om i AIDS-om
PMTCT	Prevenција transmisije sa majke na dete
STAG	Strateška i tehnička savetodavna grupa za tuberkulozu
STI	Seksualno prenosive infekcije
TB	Tuberkuloza
TB/HIV	TB i HIV koinfekcija
UNAIDS	Udruženi program Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS

1. Uvod

1.1 Obrazloženje

Pandemija virusa humane imunodeficijencije (HIV) predstavlja veliki izazov za kontrolu tuberkuloze (TB) na svim nivoima. Tuberkuloza spada među najčešće uzroke obolevanja i jedan je od vodećih uzroka smrti ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om (PLWHA). Ovaj dokument će pomoći svim stručnjacima koji se bave pisanjem prelaznih rešenja, da razumeju *šta bi trebalo da se uradi*, kako bi se smanjilo zajedničko opterećenje tuberkulozom i HIV-om. Dokument je osmišljen da bi se koristio zajedno sa *Strateškim okvirom za smanjenje opterećenja TB/HIV* (1) koji se bavi pitanjem - *šta bi moglo da se uradi*, kao i *Smernicama za implementaciju udruženih TB i HIV programskih aktivnosti* (2) koje se bave pitanjem - *kako bi ove stvari mogle biti urađene*. Takođe, nadopunjuje smernice za monitoring i evaluaciju zajedničkih TB/HIV aktivnosti (3) i smernice za HIV nadzor među obolelima od tuberkuloze (4).

1.2 Svrha

Ova prelazna rešenja daju odgovore na zahteve zemalja za savremenim smernicama u vezi sa pitanjem: koje udružene TB/HIV aktivnosti bi trebalo da se implementiraju i pod kojim okolnostima. Rešenja su komplementarna i usklađena sa ustanovljenim suštinskim aktivnostima prevencije tuberkuloze i HIV/AIDS-a, kao i programima kontrole ovih bolesti. Implementiranje DOTS strategije je ključna aktivnost kontrole tuberkuloze. Slično kao i kod TB infekcije, prevencija bolesti, aktivnosti promocije zdravlja kao i obezbeđivanje terapije i nege, čine osnovu HIV/AIDS kontrole. Korisni sažetak preporučenih udruženih aktivnosti je prikazan na Tabeli 1, a vreme kada je potrebno započeti sa aktivnostima, dato je u Tabeli 2. Ova preporuka ne inicira stvaranje novih specijalista, ili nezavisnih programa kontrole bolesti. Ona promoviše stavljanje akcenta na saradnju između programa za tuberkulozu i HIV/AIDS, sa ciljem obezbeđivanja kontinuiteta kvaliteta nege na nivou pružanja usluga osobama koje imaju tuberkulozu ili su u riziku da je razviju, kao i osobama koje žive sa HIV/AIDS-om.

Dok sa jedne strane postoje dobri dokazi o odnosu cene i uspeha DOTS strategije i nekoliko HIV preventivnih mera (5, 6), dokazi o udruženim TB/HIV aktivnostima su ograničeni i još uvek se prikupljaju iz različitih konteksta. Postojeći dokazi randomizovanih kontrolisanih studija, nerandomizovanih studija i drugih analitičkih i deskriptivnih studija, operativnih istraživanja i ekspertskih mišljenja zasnovanih na temeljnom kliničkom i iskustvu sa terena, korišćeni su za izradu ovog dokumenta. Ovo je preporuka koja se stalno menja i koja će kontinuirano biti dopunjavana, kako bi uključivala nova saznanja i najbolju praksu.

1.3 Ciljna grupa

Ovaj dokument je namenjen donosiocima odluka u oblasti zdravlja, menadžerima TB i HIV/AIDS programa koji rade na svim nivoima zdravstvenog sektora, zatim donatorima, agencijama koje se bave razvojem, kao i nevladinim organizacijama koje podržavaju programe za tuberkulozu i HIV/AIDS. Preporuke koje postoje u ovom dokumentu takođe imaju značajne implikacije na strateške pravce i aktivnosti drugih ministarstava.

2. Proces formulisanja prelaznih rešenja

Globalna TB/HIV radna grupa je doprinela formulisanju ove politike, sa komitetom koji je pripremio njenu inicijalnu, a zatim i kasnije verzije. Radna grupa koordiniše globalni odgovor na epidemije tuberkuloze i HIV-a koje se ukrštaju, pa na taj način stvara saradnju između zajednica HIV/AIDS-a i tuberkuloze. Članstvo radne grupe obuhvata menadžere programa, razvojne agencije, nevladine organizacije, akademske organizacije, aktiviste i grupe za podršku pacijentima, a koje rade sa SZO i UNAIDS na programima za tuberkulozu i HIV. Komitet koji osmišljava dokumenta uključuje tehničke eksperte u oblasti tuberkuloze i HIV-a, kreatore preporuka uključene u zdravstveni menadžment, osobe koje žive sa HIV-om i njihove predstavnike, međunarodne i nacionalne menadžere programa tuberkuloze i HIV-a, kao i donatorske agencije. Na međunarodnim konferencijama, međunarodne i nacionalne zainteresovane strane uključene u programe HIV-a i tuberkuloze, diskutovale su o preliminarnoj verziji koja je i prihvaćena od strane globalne TB/HIV radne grupe, kao i od strateške i tehničke savetodavne grupe za tuberkulozu (STAG), koju je SZO obezbedila spoljnim strateškim i tehničkim savetima o kontroli tuberkuloze.

3. Opšti cilj i pojedinačni ciljevi udruženih TB/HIV aktivnosti

Opšti cilj politike je da se smanji opterećenje tuberkulozom i HIV-om u populaciji koja je pogođena ovim bolestima.

Pojedinačni ciljevi zajedničkih TB/HIV aktivnosti su:

- (1) uspostaviti mehanizme saradnje između programa tuberkuloze i HIV/AIDS-a;
- (2) smanjiti opterećenje tuberkulozom kod osoba koje žive sa HIV/AIDS-om;
- (3) smanjiti opterećenje HIV-om kod osoba obolelih od tuberkuloze.

4. Preporučene zajedničke TB/HIV aktivnosti

Ovaj dokument se fokusira na zajedničke aktivnosti koje se bave međusobnim uticajem epidemije tuberkuloze i epidemije HIV/AIDS-a, a koje bi trebalo da budu realizovane kao deo odgovora zdravstvenog sektora na koinfekciju tuberkuloze i HIV-a (Tabela 1).

Tabela 1. Preporučene zajedničke TB/HIV aktivnosti

A. Uspostavljanje mehanizama saradnje
A.1 Uspostaviti koordinaciono telo za TB/HIV aktivnosti uspešno na svim nivoima
A.2 Sprovesti nadzor HIV prevalencije među osobama sa tuberkulozom
A.3 Sprovesti zajedničko TB/HIV planiranje
A.4 Sprovesti monitoring i evaluaciju
B. Smanjenje opterećenja tuberkulozom kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om
B.1 Uspostaviti aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze
B.2 Uvesti preventivnu terapiju izonijazidom
B.3 Obezbediti kontrolu tuberkulozne infekcije u zdravstvenom sistemu i ustanovama grupnog smeštaja
C. Smanjenje opterećenja HIV-om kod pacijenata obolelih od tuberkuloze
C.1 Obezbediti HIV testiranje i savetovanje
C.2 Uvesti HIV preventivne metode
C.3 Uvesti preventivnu terapiju kotrimoksazolom
C.4 Obezbediti HIV/AIDS negu i podršku
C.5 Uvesti antiretrovirusnu terapiju

Ove zajedničke aktivnosti će biti uspješnije tamo gde su nacionalna HIV/AIDS strategija i strategija kontrole tuberkuloze zasnovane na internacionalnim smernicama, kao i tamo gde se one efikasno primenjuju. Preporučene aktivnosti mogu biti implementirane od strane programa tuberkuloze ili HIV/AIDS-a, nevladinih organizacija, organizacija baziranih u zajednici ili privatnog sektora, a sve to uglavnom pod koordinacijom nacionalnih programa za tuberkulozu i HIV/AIDS.

A. Uspostavljanje mehanizama saradnje

A.1 Uspostaviti koordinaciono telo za TB/HIV aktivnosti uspešno na svim nivoima

Čak i u okruženju gde je prevalencija HIV-a visoka, programi za tuberkulozu i HIV/AIDS slede veoma različite putanje. TB/HIV koordinaciona tela su neophodna kako bi se obezbedila efikasnija saradnja između postojećih napora HIV/AIDS programa i programa tuberkuloze na svim nivoima.

Oblasti odgovornosti od značaja za zajednička koordinaciona tela su:

- upravljanje i mobilizacija resursa za TB/HIV aktivnosti;
- građenje kapaciteta uključujući treninge;
- obezbeđivanje koherentnosti komunikacije o TB/HIV-u;
- učestvovanje zajednice u udruženim TB/HIV aktivnostima;
- priprema i kontrola baze podataka.

Operativna istraživanja i ekspertska mišljenja su pokazala da je neophodno postojanje TB/HIV koordinacionih tela koja funkcionišu na svim nivoima, tako da zainteresovane strane iz programa HIV/AIDS kontrole i programa kontrole tuberkuloze mogu da učestvuju. Takvo koordinaciono telo bi takođe trebalo da se bavi pitanjima upravljanja tokom primene zajedničkog TB/HIV plana (7-9).

Preporuka

Programi HIV/AIDS-a i programi za tuberkulozu bi trebalo da stvore zajedničko nacionalno TB i HIV koordinaciono telo koje radi na regionalnom, okružnom i lokalnom nivou (prilagođeno specifičnostima svake države ponaosob), sa jednakom ili adekvatnom zastupljenošću oba programa i uključivanjem grupa za podršku obolelima od TB i HIV-a.

A.2 Sprovesti nadzor prevalencije HIV-a među obolelima od tuberkuloze

Nadzor je od presudnog značaja zbog informacija za planiranje i implementaciju programa. Postoje tri ključna metoda za nadzor HIV-a među obolelima od tuberkuloze: periodično (specijalno) ispitivanje (unakrsna HIV ispitivanja seroprevalencije u maloj, reprezentativnoj grupi bolesnika sa tuberkulozom u zemlji); sentinel ispitivanje (predostrožni nadzor) koristi bolesnik sa tuberkulozom (kao sentinel grupu u okviru opšteg HIV sentinel sistema nadzora); podaci rutinskih HIV testiranja i savetovanje bolesnika sa tuberkulozom. Metod nadzora koji se koristi zavisice od postojećeg stanja HIV epidemije¹⁻³, opšte situacije sa tuberkulozom, kao i dostupnosti resursa i iskustava.

Dokazi iz deskriptivnih studija (10-12) i ekspertska mišljenja (13), pokazali su da je HIV nadzor među bolesnicima sa tuberkulozom ključna aktivnost u razumevanju trendova epidemije i u razvoju temeljnih strategija koje se bave dvostrukom TB/HIV epidemijom.

Preporuke

1. Trebalo bi da postoji HIV nadzor među obolelima od tuberkuloze, u svim zemljama bez obzira na nacionalne stope prevalencije HIV-a kod odraslih.

2. Zemlje sa nepoznatom stopom prevalencije HIV-a među bolesnicima sa tuberkulozom, trebalo bi da sprovedu ispitivanje seroprevalencije (periodično ili sentinel) radi procene situacije.
3. U zemljama sa stanjem generalizovane epidemije¹ HIV testiranje i savetovanje za sve bolesnike sa tuberkulozom, trebalo bi da čini bazu nadzora. Ako ovo nije još uvek uspostavljeno, periodični nadzor ili sentinel nadzor su pogodne alternative.
4. U zemljama sa stanjem koncentrovane epidemije² gde su grupe sa visokim rizikom za HIV lokalizovane u određenim administrativnim oblastima, HIV testiranje i savetovanje svih bolesnika sa tuberkulozom u tim administrativnim oblastima trebalo bi da formira bazu nadzora. Ako ovo još uvek nije uspostavljeno, periodična ispitivanja ili sentinel ispitivanja su pogodne alternative.
5. U zemljama sa stanjem niskog nivoa epidemije³, preporučuju se periodična i sentinel ispitivanja.

A.3 Realizacija zajedničkog TB/HIV planiranja

Zajedničko strateško planiranje je neophodno za programe tuberkuloze i HIV/AIDS-a, radi uspešne i sistematične saradnje. U tom cilju trebalo bi da se stvori zajednički TB/HIV plan, ili da se unesu TB/HIV komponente u nacionalni plan kontrole TB i nacionalni plan kontrole HIV/AIDS-a. Uloge i odgovornosti svakog programa u implementiranju specifičnih TB/HIV aktivnosti na nacionalnom i regionalnom nivou, moraju biti jasno definisane.

Ključni elementi za zajedničko planiranje uključuju aktivnosti koje su detaljno navedene u delu A-C ovog dokumenta, kao i mobilizaciju resursa, izgradnju kapaciteta i edukaciju, TB/HIV komunikaciju (zastupanje, komunikaciju između programa i socijalnu mobilizaciju), intenzivno uključivanje zajednice i operativno istraživanje.

A.3.1. Mobilizacija resursa za TB/HIV

Zajedničke TB/HIV aktivnosti koje nastaju na osnovu dobro obezbeđenih strategija tuberkuloze i HIV/AIDS-a, ne moraju zahtevati mnogo dodatnog finansijskog ulaganja. Ako jedan ili oba programa imaju finansijski nedostatak ili nedostatak ljudskih resursa, dodatni resursi se mogu mobilisati kako bi se svaki program ojačao. Zajednički predlozi za prikupljanje sredstava radi sprovođenja udruženih TB/HIV aktivnosti, trebalo bi da se pripreme u okviru zajedničkog koordinacionog tela. Cilj je da se na taj način izgrade komparativne snage oba programa, koji su specifični za potrebe zemlje.

Preporuke

1. Zajedničko planiranje bi trebalo da jasno definiše uloge i odgovornosti svakog programa u implementiranju specifičnih TB/HIV aktivnosti navedenih u Tabeli 1, na nacionalnom i regionalnom nivou (kako je opisano u vodičima za implementiranje udruženih TB i HIV programskih aktivnosti (2)).
2. Svaka zemlja bi trebalo da obezbedi mobilizaciju i dovoljno kvalifikovanih ljudskih resursa za implementaciju zajedničkih TB/HIV aktivnosti, u skladu sa specifičnostima te zemlje i postojećom situacijom.
3. TB/HIV koordinaciona tela bi trebalo da budu odgovorna za upravljanje i mobilizaciju resursa radi implementacije zajedničkih TB/HIV aktivnosti i da se na taj način izbegne kompeticija za iste resurse.

¹ Stanje generalizovane epidemije: HIV prevalencija je kod >1% trudnica.

² Stanje koncentrovane epidemije: HIV prevalencija je kod >5% u bar jednoj definisanoj subpopulaciji i iznosi <1% trudnica u gradskim delovima.

³ Stanje niskog nivoa epidemije: HIV prevalencija još uvek nije prešla 5% u bilo kojoj definisanoj subpopulaciji.

A.3.2. TB/HIV građenje kapaciteta, uključujući edukacije

Zajedničko građenje kapaciteta za aktivnosti TB/HIV-a, trebalo bi da uključi edukacije zdravstvenih radnika koji se bave TB/HIV-om. Kapaciteti zdravstvenog sistema bi trebalo da budu ojačani (na primer, laboratorije i sistem upućivanja), kako bi se omogućilo bolje snalaženje u okviru rastućih zahteva zajedničkih TB/HIV aktivnosti.

Preporuke

1. Programi za tuberkulozu i HIV/AIDS bi trebalo da naprave zajednički plan treninga, kako bi se obezbedilo obučavanje pre pružanja usluge i tokom pružanja usluge, kao i kontinuirana medicinska edukacija o zajedničkih TB/HIV aktivnostima, za sve grupe zdravstvenih radnika.
2. Programi za tuberkulozu i HIV/AIDS bi trebalo da obezbede postojanje dovoljnih kapaciteta za pružanje zdravstvene zaštite (npr. laboratorije, lekove, itd.), radi efikasne implementacije zajedničkih TB/HIV aktivnosti.

A.3.3 TB/HIV komunikacija: zastupanje, komunikacija programa i socijalna mobilizacija

Zastupanje usmereno na uticaj na politiku, implementaciju programa i mobilizaciju resursa, veoma je značajno radi ubrzanja implementacije zajedničkih TB/HIV aktivnosti. Dvosmerna komunikacija između programa i opšte javnosti, koja informiše i podiže svest o TB/HIV-u, od presudnog je značaja jer obezbeđuje mogućnost da pacijenti aktivno traže i omoguće sebi usluge. Socijalna mobilizacija koja izražava volju javnosti i obezbeđuje široku saglasnost, kao i socijalnu obavezu među zainteresovanim stranama, kritična je za destigmatizaciju i prevenciju tuberkuloze i HIV-a kao i ohrabrivanje učestvovanja u zajedničkim TB/HIV aktivnostima.

Preporuke

1. Dobro osmišljene TB/HIV aktivnosti zastupanja, zajednički isplanirane tako da obezbede koherentnost između njihovih poruka i usmerene na ključne zainteresovane strane i donosiocima odluka, trebalo bi da se sprovode na globalnom, nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou.
2. HIV/AIDS i program tuberkuloze bi trebalo da razviju zajedničke TB/HIV programe komunikacije i strategije socijalne mobilizacije, koje se bave potrebama pojedinačnih klijenata, pacijenata i zajednica koje su pogođene HIV/AIDS-om i tuberkulozom.
3. Zajedničke strategije bi trebalo da obezbede uvođenje HIV komponenti u strategiju o tuberkulozi, kao i komponente tuberkuloze u HIV strategiju.

A.3.4. Jačanje učešća zajednice u udruženim TB/HIV aktivnostima

Širenje udruženih TB/HIV aktivnosti van zdravstvenog sektora kroz angažovanje zajednice, od ključnog je značaja. Kroz grupe podrške za ljude koji žive sa HIV/AIDS-om i organizacije bazirane u zajednici, prevencija tuberkuloze i nega mogu biti integrisane sa HIV/AIDS prevencijom, negom i podrškom. Zajednice mogu efektivno da se mobilišu radi ustupanja resursa, kao i mogućnosti da se implementiraju udružene TB/HIV aktivnosti.

Organizacije čiji je rad baziran u zajednici, kao i one koje pružaju HIV/AIDS kućnu negu, mogu takođe biti uključene u identifikovanje osoba sa znacima i simptomima tuberkuloze i na taj način mogu obezbediti direktno opserviranu terapiju tuberkuloze. Preventivna terapija izonijazidom može da se obezbedi osobama koje su u bliskom kontaktu sa HIV-pozitivnim osobama koje imaju zaraznu tuberkulozu. Ovo može biti učinjeno uz minimalne dodatne troškove po organizaciju.

Preporuke

1. Sve zainteresovane strane, uključujući HIV/AIDS i programe tuberkuloze, bi trebalo da omoguće uključivanje prevencije tuberkuloze i nege u službe u zajednici, koje se bave HIV/AIDS prevencijom, negom i podrškom. Slično tome, službe prevencije tuberkuloze i nege u zajednici, trebalo bi da obezbede aktivnosti HIV/AIDS prevencije, nege i podrške, u okviru svojih usluga.
2. Sve zainteresovane strane, uključujući HIV/AIDS i programe tuberkuloze, bi trebalo da obezbede uključivanje grupa za podršku obolelima od tuberkuloze i HIV/AIDS, kao i angažovanje zajednice u planiranje, implementaciju i zastupanje zajedničkih TB/HIV aktivnosti.

A.3.5 Operativna istraživanja radi jačanja zajedničkih TB/HIV aktivnosti

Operativna istraživanja pomažu da se definiše najefikasnije sredstvo sprovođenja zajedničkih TB/HIV aktivnosti. Ona pružaju informacije o globalnim i nacionalnim preporukama i razvoju strategija, imajući u vidu kulturne, geografske i razlike u resursima.

Preporuka

Sve zainteresovane strane kada su u pitanju zajedničke TB/HIV aktivnosti, uključujući i programe tuberkuloze i programe HIV/AIDS-a, trebalo bi da podrže i ohrabre TB/HIV operativna istraživanja na temu specifičnih pitanja za svaku zemlju. Ovo ima za cilj da se razvije baza dokaza za efikasnu i uspešnu implementaciju zajedničkih HIV/AIDS aktivnosti.

Dokazi iz operativnih istraživanja (7-9), ekspertska mišljenja (8, 9) i analize (14), pokazali su da efektivno i efikasno sprovođenje zajedničkih TB/HIV aktivnosti zavisi od zajedničkog planiranja i implementacije od strane programa tuberkuloze i HIV/AIDS-a. Sve to zahteva blisku saradnju između službi u zajednici i zdravstvenih institucija. Uključivanje zaposlenih u okviru kućne nege kao i zdravstvenih radnika u zajednici, u aktivnosti u vezi sa tuberkulozom i HIV/AIDS-om, uspešno je izvedeno u različitim zemljama. Postoje dokazi o dobrom odnosu koštanja i efikasnosti službi za tuberkulozu i za HIV/AIDS (6).

A.4. Praćenje i evaluacija zajedničkih TB/HIV aktivnosti

Praćenje i evaluacija obezbeđuju sredstva kojima se procenjuje kvalitet, uspešnost, pokrivenost i pružanje zajedničkih TB/HIV aktivnosti. Na taj način se promoviše kultura učenja u okviru programa i obezbeđuje kontinuirano unapređivanje realizacije programa. Praćenje i evaluacija uključuju saradnju između programa i opšteg zdravstvenog sistema, kao i razvoj puteva upućivanja između različitih službi i organizacija. Ovi putevi bi trebalo da budu integrisani u postojeće sisteme praćenja i evaluacije i trebalo bi da obezbede poverljivost.

Operativna istraživanja (7, 8) u Africi i ekspertska mišljenja (7) su pokazala značaj standardizovanog praćenja i evaluacije zajedničkih TB/HIV aktivnosti, radi određivanja uticaja aktivnosti i obezbeđivanja sprovođenja i uspešnosti upravljanja programom.

Preporuke

1. HIV/AIDS i tuberkuloza programi bi trebalo da se slažu na temu seta suštinskih indikatora i alata za prikupljanje podataka, a trebalo bi da prikupljaju podatke za praćenje i evaluaciju zajedničkih TB/HIV aktivnosti.
2. Smernice SZO za monitoring i evaluaciju zajedničkih TB/HIV aktivnosti, trebalo bi da budu korišćene kao osnova za standardizaciju aktivnosti sprovođenja i evaluacije, koje su specifične za svaku zemlju.

B. Smanjenje opterećenja tuberkulozom kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om

B.1. Uspostaviti aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze

Aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze obuhvata skrining za simptome i znake tuberkuloze, u okruženju gde se nalazi veliki broj HIV-om inficiranih osoba. Rana identifikacija znakova i simptoma tuberkuloze, blagovremena dijagnoza i brza terapija, neophodne su kod osoba koje žive sa HIV/AIDS-om, kao i kod kontakata iz njihovih domaćinstava. Navedene mere su takođe bitne kod grupa sa visokim rizikom od HIV-a i njihovim kućnim kontaktima, a naročito u ustanovama grupnog smeštaja (npr. zatvori, radnička prenočišta, policijske i vojne barake). Sprovođenjem ovih aktivnosti povećavaju se šanse za preživljavanje obolelih, poboljšava se kvalitet njihovog života i smanjuje prenošenje tuberkuloze u zajednici.

Preporuke

1. Aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze bi trebalo da postoji na svim mestima gde se radi HIV testiranje i savetovanje, kako bi se jednostavnim setom pitanja identifikovali suspektni slučajevi tuberkuloze, što je pre moguće. Pitanja bi trebalo da postavljaju edukovani savetnici.
2. Sistem za upućivanje bi trebalo da bude uspostavljen između centara za HIV savetovanje i testiranje, i centara za dijagnostiku i terapiju tuberkuloze.
3. Pronalaženje slučajeva tuberkuloze kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om u klinikama i bolnicama, kućnim kontaktima, zatim u populacijama sa povećanim rizikom od HIV-a i u ustanovama grupnog smeštaja, trebalo bi da bude intenzivirano. U tom smislu, trebalo bi podići nivo svesti i znanja među zdravstvenim radnicima i među populacijom sa kojom rade, u cilju upoznavanja sa interakcijama između tuberkuloze i HIV-a. Na taj način identifikovali bi se suspektni slučajevi tuberkuloze, koji bi se zatim upućivali na dijagnostiku.

Dokazano je da intenzivno pronalaženje slučajeva i terapija tuberkuloze među HIV inficiranim osobama, prekida transmisiju bolesti preko inficiranih lica (17, 18), sprečava smrtnost (19), smanjuje rizik bolničke transmisije tuberkuloze i pruža mogućnost davanja preventivne terapije za tuberkulozu HIV pozitivnim osobama (20). Takođe je ustanovljeno da je aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze izvodljivo (8, 19-21), ne oduzima mnogo vremena i može biti sprovedeno uz minimalne dodatne troškove za postojeće zdravstvene službe (7, 8). Kratak upitnik o simptomima tuberkuloze radi skrininga na aktivnu tuberkulozu, može se koristiti od strane obučeni osoba ili drugih zdravstvenih radnika (7, 8). U operativnim istraživanjima u Africi (8) i na drugim mestima (20), prethodno nedijagnostikovana tuberkuloza je bila otkrivena u do 11% ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om, a koji su identifikovani tokom HIV testiranja i savetovanja.

B.2 Uvođenje preventivne terapije izonijazidom

Izonijazid se daje osobama sa latentnom infekcijom Mycobacterium tuberculosis, sa ciljem prevencije progresije postojećeg stanja u aktivnu bolest. Isključivanje aktivne tuberkuloze je od presudnog značaja pre započinjanja ove terapije. Izonijazid se daje dnevno, tokom šest do devet meseci. S obzirom na to da HIV inficirane osobe mogu da razviju tuberkulozu pre nego što je data antiretrovirusna terapija, ne postoji dokaz koji upućuje na kontraindikovano istovremeno korišćenje antiretrovirusnih lekova i preventivne terapije izonijazidom.

Preporuke

1. HIV/AIDS programi bi trebalo da obezbede preventivnu terapiju izonijazidom kao deo paketa nege za ljude koji žive sa HIV/AIDS-om, kada je aktivna tuberkuloza isključena.
2. Informacije o preventivnoj terapiji izonijazidom bi trebalo da budu dostupne osobama koje žive sa HIV/AIDS-om.

Dokazano je da je za prevenciju latentne tuberkulozne infekcije preventivna terapija izonijazidom efektivnija (22) i bezbednija (23), od protokola koji sadrže rifampicin i pirazinamid. Nekoliko randomizovanih studija je pokazalo da je preventivna terapija izonijazidom uspešna u smanjenju incidencije tuberkuloze kao i smrti od tuberkuloze, kod HIV inficiranih osoba sa pozitivnom tuberkulinskom kožnom probom (24). Preventivna terapija izonijazidom je takođe za rezultat imala smanjenje troškova medicinske nege i smanjenje socijalnih troškova u regionu sub-saharske Afrike (25). Ipak, ova terapija zahteva preduzimanje nekoliko koraka, uključujući identifikaciju HIV pozitivnih pacijenata, skrining kako bi se isključila aktivna tuberkuloza i saradljivost (24). Zbog svega navedenog, izvodljivost ove terapije u zemljama u razvoju je manje jasna (24). U nekim studijama kombinovana upotreba antiretrovirusne terapije i izonijazida u preventivne svrhe, nije pokazala značajnu efikasnost (26, 27). Rezultati studija koje su u toku, a koje će procenjivati uspešnost kombinovanog korišćenja obe terapije, moraju biti pažljivo praćene kako bi se obezbedilo dovoljno kvalitetnih informacija za prelaznu politiku.

B.3 Obezbediti kontrolu tuberkulozne infekcije u zdravstvenom sistemu i ustanovama grupnog smeštaja

U zdravstvenom sistemu i ustanovama grupnog smeštaja (npr. zatvorima, policijskim i vojnim barakama), gde su osobe sa tuberkulozom i HIV-om često zajedno, infekcija tuberkulozom se povećava. Mere koje se primenjuju da bi se smanjilo prenošenje tuberkuloze uključuju: administrativne mere, mere zaštite okoline i lične mere zaštite. One imaju za cilj opšte smanjenje izloženosti *M.tuberculosis* zdravstvenih radnika, osoblja koje radi u zatvorima, policije i njihovih klijenata, kao i ostalih osoba koje žive u ustanovama grupnog smeštaja.

Administrativne mere bi trebalo da uključuju rano prepoznavanje, dijagnozu i lečenje suspektne tuberkuloze, posebno kod onih sa plućnom tuberkulozom, a zatim i izdvajanje suspektnih na plućnu tuberkulozu od ostalih osoba, sve dok se dijagnoza ne potvrdi ili ne isključi. Zaštita okoline bi trebalo da uključi maksimalnu prirodnu ventilaciju i korišćenje UV zaštite (ako je moguće). Lična zaštita bi trebalo da uključi zaštitu HIV pozitivne osobe od mogućeg izlaganja tuberkulozi (na primer izmeštanje HIV inficiranog radnika sa medicinskih odeljenja) i omogućavanje preventivne terapije izonijazidom.

*Dokazano je da postoji povećani rizik od tuberkuloze među zdravstvenim radnicima, studentima medicine i učenicima medicinskih škola, koji su u kontaktu sa pacijentima (17, 28), zatvorenicima (29) i vojnicima u vojnim barakama (30). HIV doprinosi progresiji u aktivnu tuberkulozu kod ljudi sa skorašnjom infekcijom, ili kod onih sa latentnom *Mycobacterium tuberculosis* infekcijom (1).*

Preporuka

1. Sve zdravstvene ustanove i ustanove grupnog smeštaja, trebalo bi da imaju plan kontrole tuberkulozne infekcije. To podrazumeva administrativne mere, mere za zaštitu okoline i lične mere zaštite, kako bi se smanjio prenos tuberkuloze u ovakvim okruženjima.

C. Smanjenje opterećenja HIV-om kod pacijenata obolelih od tuberkuloze

C.1 Obezbediti HIV testiranje i savetovanje

Većina HIV inficiranih osoba ne zna svoj HIV status i traži zdravstvenu zaštitu od strane opštih pružaoca usluga. HIV testiranje i savetovanje korišćenjem brzog testa kod pacijenata sa tuberkulozom, nudi polaznu tačku za kontinuiranu prevenciju, negu i podršku u lečenju HIV/AIDS-a i tuberkuloze. Testiranje bi trebalo da bude na raspolaganju, pri čemu se mora dobiti dobrovoljni zvanični pristanak pacijenta, uz zaštitu privatnosti.

Ekspertska mišljenja (7) i operativna istraživanja (8, 9) su pokazala da HIV testiranje i savetovanje predstavlja mesto započinjanja nege i podrške obolelima od tuberkuloze i HIV-a. Broj testiranja na HIV kod pacijenata sa tuberkulozom je veliki (8, 9, 31). Uspešnost dobrovoljnog HIV savetovanja i testiranja značajno se unapređuje kada je testiranje usmereno na populacije sa visokom HIV prevalencijom (32).

Preporuke

1. HIV testiranje i savetovanje bi trebalo da bude ponuđeno svim obolelima od tuberkuloze, u okruženjima gde je HIV prevalencija među obolelima od tuberkuloze iznad 5%.
2. Programi kontrole tuberkuloze bi trebalo da uvedu u svoje aktivnosti mogućnost HIV testiranja i savetovanja, ili da ustanove odgovarajuću vezu sa programima HIV/AIDS-a kako bi se pomenuta aktivnost realizovala.

C.2 Uvođenje metoda prevencije HIV-a

Smanjenje seksualne, parenteralne i vertikalne transmisije HIV-a, zasniva se na široko definisanim programima edukacije o HIV/AIDS-u. Mere za smanjenje seksualne transmisije HIV-a uključuju promovisanje sigurnog i odgovornog seksualnog ponašanja i prakse, kasnije započinjanje seksualnih odnosa, manji broj seksualnih partnera, redovno korišćenje kondoma (muškarci i žene) i dijagnozu i terapiju drugih seksualno prenosivih infekcija. Mere smanjenja parenteralne HIV transmisije uključuju obezbeđivanje bezbednih zaliha krvi i korišćenje sterilnih igala i hiruškog materijala u medicinskim ustanovama. Među intravenskim korisnicima droga, veoma je korisna primena strategije za smanjenje štete ("harm-reduction"), što podrazumeva dostupnost sterilnih igala i špriceva, lečenje zavisnosti, kao i dostupnost službi na terenu u cilju smanjenja učestalosti korišćenja droga. Vertikalna transmisija HIV-a može biti smanjena primenom pojedinih antiretrovirusnih lekova kod trudnica i novorođenčadi.

Dokazano je da su metode HIV prevencije isplative sa aspekta cene koštanja i uspeha (6). Obezbeđivanje metoda prevencije HIV-a od strane programa za kontrolu tuberkuloze ili uspešno upućivanje pacijenata na programe koji se bave AIDS-om, izvodljivo je u okruženjima sa visokom prevalencijom tuberkuloze i HIV-a (7-9). Pokazalo se da unapređenje tretmana seksualno prenosivih infekcija smanjuje HIV incidenciju, u okruženju koje karakteriše rastuća HIV epidemija (33).

Preporuke

1. Programi kontrole tuberkuloze bi trebalo da razviju i implementiraju jasne strategije HIV prevencije za njihove pacijente, fokusirajući se na seksualnu, parenteralnu ili vertikalnu transmisiju, ili bi trebalo da uspostave odgovarajuću vezu sa HIV/AIDS programima kako bi se navedeno realizovalo.
2. Svi bolesnici u klinikama za tuberkulozu bi trebalo da budu podvrgnuti skriningu za seksualno prenosive infekcije, koristeći jednostavni upitnik ili druge preporučene pristupe.

Osobe sa simptomima seksualno prenosivih infekcija bi trebalo da budu lečene ili upućene u relevantne terapijske centre.

3. Programi kontrole tuberkuloze bi trebalo da uvedu procedure za smanjenje radne i bolničke izloženosti HIV infekciji, u određenim službama.

4. Programi kontrole tuberkuloze bi trebalo da obezbede mere za smanjenje štete za bolesnike sa tuberkulozom, kada postoji dodatni problem kao što je intravenska narkomanija, ili bi trebalo da uspostave odgovarajuću vezu sa HIV/AIDS programima.

5. Programi kontrole tuberkuloze bi trebalo da obezbede prevenciju vertikalne transmisije, upućivanjem HIV inficiranih trudnica pružaocima usluga koji se bave prevencijom transmisije sa majke na dete.

C.3 Uključivanje preventivne terapije kotrimoksazolom

SZO i UNAIDS promovišu preventivnu terapiju kotrimoksazolom za prevenciju nekoliko sekundarnih bakterijskih i parazitaranih infekcija, kod odraslih i dece koji žive sa HIV/AIDS-om u Africi. Oboleli od tuberkuloze su adekvatni za ovu terapiju. Ova preporuka se zasniva na preliminarnim odredbama sekretarijata SZO/UNAIDS-a o upotrebi profilakse kotrimoksazolom u odraslih i dece koji žive sa HIV/AIDS-om u Africi.

Dokazi randomizovane kontrolisane studije o preventivnoj terapiji kotrimoksazolom, govore o smanjenju mortaliteta među HIV-pozitivnim, sputum-pozitivnim bolesnicima sa tuberkulozom (34) i smanjenju hospitalizacije i morbiditeta među osobama koje žive sa HIV/AIDS-om (35). Druge ne-randomizovane i operativne studije su pokazale da je preventivna terapija kotrimoksazolom izvodljiva (7, 36, 37) i bezbedna (36) i da smanjuje stope mortaliteta kod bolesnika sa tuberkulozom (31, 36-38). Ipak, jedna randomizovana kontrolisana studija je pokazala da nema koristi od ove terapije (39). Ovaj izostanak učinka je pripisan neadekvatnoj snazi studije (40). Stope rezistencije na kotrimoksazol među poznatim patogenima, takođe mogu biti visoke u pojedinim okolnostima, što može kompromitovati efikasnost preventivne terapije kotrimoksazolom (40).

Preporuka

Programi tuberkuloze i HIV/AIDS-a bi trebalo da uspostave sistem koji obezbeđuje preventivnu terapiju kotrimoksazolom među osobama koje žive sa HIV/AIDS-om i imaju aktivnu tuberkulozu.

C.4 Obezbediti HIV/AIDS negu i podršku

Dostupnost zdravstvene zaštite osobama koje žive sa HIV/AIDS-om je osnovno ljudsko pravo i uključuje obezbeđivanje kliničke nege u sklopu kontinuirane sveobuhvatne HIV/AIDS strategije. Strategija uključuje klinički tretman (profilaksu, ranu dijagnozu, racionalnu terapiju i praćenje oportunističkih infekcija), negu koju pružaju medicinske sestre (uključujući promociju higijene i podrške ishrane), palijativnu negu, kućnu negu (uključujući edukaciju za pružaoce usluga i rodbinu pacijenta, promovisanje opštih mera opreza), savetovanje i socijalnu podršku. Osobe koje žive sa HIV/AIDS-om i koje dobijaju ili koje su završile sa terapijom tuberkuloze, trebalo bi da imaju kontinuitet nege i podrške za HIV/AIDS, koju obezbeđuju odgovarajuće veze između dva programa.

Preporuke

1. Svim osobama koje žive sa HIV/AIDS-om, kod kojih je dijagnostikovana tuberkuloza, trebalo bi takođe obezbediti usluge HIV/AIDS nege i podrške.

2. Programi kontrole tuberkuloze bi trebalo da uspostave odgovarajuće veze sa HIV/AIDS programima kako bi se obezbedio kontinuitet nege i podrške za osobe koje žive sa HIV/AIDS-om, a koje primaju ili su završile sa terapijom tuberkuloze.

Dokazano je da se povezivanjem programa prevencije, nege i podrške jačaju HIV/AIDS programi (41). Direktno opservirana antiretrovirusna terapija kod osoba koje žive sa HIV/AIDS-om je napravljena na osnovu uspešnih napora za kontrolu tuberkuloze i korišćena je da bi se povećala moralna i socijalna podrška osobama koje žive sa HIV/AIDS-om (42). Operativna istraživanja (31, 35) i ekspertska mišljenja (7-9) su pokazala da zajedničke aktivnosti između programa tuberkuloze i HIV-a mogu efikasno povećati pružanje nege i podrške HIV inficiranim bolesnicima sa tuberkulozom.

C.5 Uvođenje antiretrovirusne terapije

Antiretrovirusna terapija unapređuje kvalitet života i u velikoj meri poboljšava preživljavanje osoba koje žive sa HIV/AIDS-om. Dostupnost antiretrovirusne terapije može služiti kao podsticaj za osobe da se testiraju na HIV. Ova terapija takođe transformiše HIV infekciju u hronično stanje, sa pozitivnim efektom na dužinu života. To je terapija koja traje tokom čitavog života i zahteva visoku stopu saradljivosti, kako bi se postigao dugotrajni učinak i smanjio razvoj rezistencije na antiretrovirusne lekove.

Dokazano je da potentna antiretrovirusna terapija može da smanji incidenciju tuberkuloze kod HIV pozitivnih osoba, za više od 80% (26, 43). Ipak, da bi antiretrovirusna terapija sprečila značajan broj slučajeva tuberkuloze, neophodno je rano započinjanje terapije tokom HIV infekcije i visoka stopa saradljivosti (pridržavanja striktnom načinu primene antiretrovirusnih lekova) (44). Iskustva zemalja razvijenog sveta ukazuju da započinjanje primene antiretrovirusnih lekova kod HIV-pozitivnih pacijenata sa tuberkulozom, može imati za rezultat prolazno pogoršanje simptoma i znakova tuberkuloze kod čak 30% pacijenata (45, 46). Mišljenja eksperata (38, 45, 47) i opservacione studije (42, 48, 49) ukazuju da programi direktno opservirane terapije za tuberkulozu mogu biti model za antiretrovirusnu terapiju u nekim situacijama. Ipak, postoje sukobljena mišljenja o ovoj strategiji zbog nedostatka dokaza (50). Inicijativa "3 za 5" sa ciljem lečenja 3 miliona ljudi antiretrovirusnom terapijom do 2005. godine, povećaće dostupnost ove terapije kod bolesnika obolelih od tuberkuloze.

Preporuke

1. Antiretrovirusna terapija bi trebalo da bude ponuđena svim HIV pozitivnim bolesnicima sa tuberkulozom, u zavisnosti od kriterijuma za započinjanje terapije obolelih od tuberkuloze i to u svakoj zemlji, u zavisnosti od interakcija lekova (sa rifampicinom).
2. Programi za tuberkulozu i HIV/AIDS bi trebalo da stvore mehanizam za obezbeđivanje antiretrovirusne terapije HIV pozitivnim bolesnicima sa tuberkulozom.

5. Vreme započinjanja preporučenih udruženih TB/HIV aktivnosti

Za razliku od drugih oportunističkih infekcija u vezi sa HIV-om, tuberkuloza se može javiti u svim stadijumima imunog statusa kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om (mereno brojem CD4 limfocita) i značajno doprinosi opštem opterećenju bolestima u ovoj grupi. Stoga, zemlje u bilo kom stadijumu HIV epidemije i sa epidemijama tuberkuloze i HIV-a koje se ukrštaju, trebalo bi da primene zajedničke TB/HIV aktivnosti kao što je navedeno na Tabeli 2. HIV prevalencija među obolelima od tuberkuloze je najsenzitivniji i najpouzdaniji indikator stepena ukrštanja epidemije tuberkuloze i HIV-a u nekoj zemlji. U odsustvu ovih podataka, nacionalna stopa prevalencije HIV-a među odraslim osobama, može se koristiti kao indikator za započinjanje zajedničkih TB/HIV aktivnosti. Podaci o stopi prevalencije HIV-a kod odraslih, obično postoje na nacionalnom nivou i mogu se koristiti da bi se zemlja klasifikovala prema stanju epidemije.

Tabela 2. Vreme kada je preporučeno započeti udružene TB/HIV aktivnosti za pojedine zemlje

Kategorija	Kriterijum	Preporučene udružene TB/HIV aktivnosti
I	Zemlje u kojima je nacionalna stopa prevalencije HIV-a kod odraslih $\geq 1\%$ ILI u kojima je nacionalna stopa prevalencije HIV-a među bolesnicima sa tuberkulozom $\geq 5\%$.	A. Uspostaviti mehanizme saradnje A.1 Uspostaviti koordinaciono telo za TB/HIV aktivnosti efektivno na svim nivoima. A.2 Sprovesti nadzor HIV prevalencije među osobama sa tuberkulozom. A.3 Sprovesti zajedničko TB/HIV planiranje. A.4 Sprovesti monitoring i evaluaciju B. Smanjiti opterećenje tuberkulozom kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om B.1 Uspostaviti aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze. B.2 Uvesti preventivnu terapiju izonijazidom. B.3 Obezbediti kontrolu tuberkulozne infekcije u zdravstvu i ustanovama grupnog smeštaja. C. Smanjiti opterećenje HIV-om kod osoba sa tuberkulozom C.1 Obezbediti HIV testiranje i savetovanje C.2 Uvesti HIV preventivne metode C.3 Uvesti preventivnu terapiju kotrimoksazolom C.4 Obezbediti HIV/AIDS negu i podršku C.5 Uvesti antiretrovirusnu terapiju
II	Zemlje u kojima je nacionalna stopa prevalencije HIV-a kod odraslih ispod 1% ILI u kojima postoje administrativne oblasti sa stopom prevalencije HIV-a kod odraslih $\geq 1\%$.	Administrativne oblasti sa $\geq 1\%$ HIV prevalencije kod odraslih: implementacija svih aktivnosti u kategoriji I zemalja u definisanim administrativnim oblastima. Drugi delovi zemlje: implementacija aktivnosti kao u kategoriji III zemalja.
III	Zemlje u kojima je nacionalna stopa prevalencije HIV-a kod odraslih ispod 1% i u kojima nema administrativnih oblasti sa stopom prevalencije HIV-a kod odraslih $\geq 1\%$.	A. Primenjivati zajedničko nacionalno TB/HIV planiranje: A.2 Sprovesti nadzor HIV prevalencije među osobama sa tuberkulozom B. Smanjiti opterećenje tuberkulozom kod ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om (sa fokusom na grupe pod velikim rizikom za HIV i tuberkulozu, npr. intravenski korisnici droga, seksualne komercijalne radnice i oni koji žive u ustanovama grupnog smeštaja). B.1 Uspostaviti aktivno pronalaženje slučajeva tuberkuloze B.2 Uvesti preventivnu terapiju izonijazidom B.3 Obezbediti kontrolu tuberkulozne infekcije u zdravstvenom sistemu i ustanovama grupnog smeštaja.

Ipak, ovo će imati za rezultat potcenjivanje visokih stopa HIV prevalencije u grupama sa visokim rizikom od HIV-a i u određenim administrativnim oblastima u zemlji, posebno u većim zemljama. Iz tog razloga, zemlje bi trebalo da razmotre regionalne (u okviru zemlje) varijacije u stopama HIV prevalencije, kako bi odlučile o tipu zajedničkih TB/HIV aktivnosti koje će implementirati. Radi efikasnog korišćenja resursa, zemlje sa niskom HIV prevalencijom bi trebalo da se fokusiraju prioritetno na grupe pod visokim rizikom za HIV i tuberkulozu, kao što su intravenski korisnici droga, seksualne komercijalne radnice i osobe koje žive u ustanovama grupnog smeštaja (npr. radnička prenoćišta, zatvori, policijske i vojničke barake).

6. Ciljevi za udružene TB/HIV aktivnosti

Globalni cilj SZO za tuberkulozu je: da izleči 85% bolesnika sa pozitivnom direktnom mikroskopijom sputuma koji su na terapiji i da otkrije 70% slučajeva do 2005. godine. Milenijumski ciljevi razvoja obuhvataju ciljeve SZO za tuberkulozu i takođe teže da smanje prevalenciju i stope smrtnosti od tuberkuloze za 50% do 2010. godine, među procenjenima u 2000. godini.

Specijalna sesija Skupštine Ujedinjenih Nacija o AIDS-u je postavila, između ostalog, sledeće globalne HIV/AIDS ciljeve, koji su kasnije usvojeni od strane Sektora za globalnu zdravstvenu strategiju za HIV/AIDS, SZO:

- Do 2005. godine smanjiti HIV prevalenciju među mladim muškarcima i ženama između 15 i 24 godine starosti i to u najopterećenijim zemljama, za 25%. Takođe, smanjiti HIV prevalenciju za 25%, globalno do 2010. godine.
- Do 2005. godine obezbediti da bar 90% mladih muškaraca i žena, između 15 i 24 godine starosti imaju pristup: informacijama specifično namenjenim mladima, obrazovanju i promotivnim materijalima o HIV/AIDS-u. Cilj je i da do 2010. godine ova proporcija poraste do minimum 95%.
- Do 2005. godine smanjiti proporciju novorođenčadi inficiranih HIV-om za 20%, a za 50% do 2010. godine.

Uspešna implementacija zajedničkih TB/HIV aktivnosti doprinosi ostvarenju ciljeva za HIV/AIDS i tuberkulozu. Ipak, postoji malo dokaza o obimu i mehanizmima kojima zajedničke TB/HIV aktivnosti doprinose dostizanju ovih ustanovljenih ciljeva. Zato bi trebalo da postoji visok stepen opreza u postavljanju kvantifikovanih ciljeva za udružene TB/HIV aktivnosti. Ciljevi omogućavaju zemljama, organizacijama i institucijama, da se koncentrišu na probleme i rade na ostvarenju zajedničkog cilja. Zajedničke TB/HIV aktivnosti su neophodne kako bi se uvećala globalna pokrivenost merama i da bi se ubrzala njihova implementacija u zemlji.

Ovo su globalni ciljevi za udružene TB/HIV aktivnosti:

Globalni ciljevi za zajedničke TB/HIV aktivnosti

1. Do 2005. godine, sve zemlje u Kategoriji I i II su uspostavile nacionalno TB/HIV koordinaciono telo radi stvaranja mehanizama saradnje između programa za tuberkulozu i HIV.
2. Do 2007. godine, sve zemlje u Kategoriji I i II su razvile zajedničke TB/HIV planove implementacije.
3. Do 2007. godine, sve zemlje u Kategoriji I i II su uspostavile sistem za nadzor HIV-a među obolelima sa tuberkulozom.

Preporuka

Zemlje koje implementiraju zajedničke TB/HIV aktivnosti bi trebalo da postave sopstvene, specifične ciljeve za njihove udružene TB/HIV aktivnosti.

7. Reference

1. *Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV*. Geneva, World Health Organization, 2002(WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV-AIDS/2002.2)
2. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*. Geneva, World Health Organization, 2003 (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. Giarardi 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. *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource limited settings*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CDS/TB/99.269)
29. *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2003 (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 antituberculosis 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 Immune 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.

PREPORUKE O ZAJEDNIČKIM TB/HIV AKTIVNOSTIMA

Pripremili:

Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom,
Antony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn,
Jos Perriens, Alasdair Reid i Marco Vitoria

Izdavač

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Priprema i štampa

New Assist

Tiraž

200

Beograd

2011.

ISBN 978-86-83607-65-5

CIP - Каталогизacija u publikaciji
Nародна библиотека Србије, Београд

616.98:578.828
616.24-002.5-084

PREPORUKE o zajedničkim TB/HIV aktivnostima /
[pripremili: Haileyesus Getahun ... et al. ; priredili srpsko
izd. Đorđe Jevtović, Gordana Radosavljević Ašić, Gordana
Dragović Lukić]. - Beograd : Ministarstvo zdravlja
Republike Srbije, 2011 (Beograd : New Assist). - 20 str. ;
30 cm

Prevod dela: Interim Policy on Collaborative TB/HIV
Activities. - "Publikacija je prevedena i štampana u okviru
projekta Ministarstva zdravlja Republike Srbije 'Kontrola
tuberkuloze u Srbiji' ..." --> kolofon - Tiraž 200. -
Bibliografija: str. 18-19.

ISBN 978-86-83607-65-5

a) Сида - Сузбијање b) Туберкулоза - Сузбијање

COBISS.SR-ID 184162828

