

С.Л. Нарышкина

**ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗУ
В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

Новосибирский НИИ туберкулеза (Новосибирск)

Проведен анализ эпидемической ситуации по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией в Сибирском федеральном округе за период 2007–2009 гг. Отмечен рост заболеваемости туберкулезом лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией, в округе в целом и большая дисперсия этого показателя в регионах. Отмечено, что в территориальных субъектах с замедленным распространением ВИЧ-инфекции, в ближайшие годы эта проблема тоже будет значима.

Полученные результаты показывают необходимость междисциплинарного подхода при решении проблем в борьбе с эпидемиями ВИЧ и туберкулеза. При отсутствии адекватных мероприятий рост регистрации ВИЧ-инфекции и, как следствие, рост числа больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза нанесет серьезный ущерб здоровью населения и потребует значительных затрат на здравоохранение.

Ключевые слова: эпидемиология, туберкулез, ВИЧ-инфекция (СПИД)

EPIDEMIOLOGIC SITUATION ON HIV AND TB IN SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

S.L. Narishkina

Research TB Institute, Novosibirsk

The analysis of the epidemiological situation of TB / HIV infection in the Siberian Federal District, for the period 2007–2009. An increase in the incidence of tuberculosis of persons suffering from HIV infection in the district as a whole and the large dispersion of this index in the regions. Noted that the territorial entities with a slow spread of HIV infection in the coming years, this problem will also be significant.

The results obtained show the need for an interdisciplinary approach in solving problems in the fight against HIV and tuberculosis. In the absence of adequate measures growth in registration of HIV infection and, consequently, the increase in the number of patients with a combination of HIV and tuberculosis cause serious damage to human health and require substantial health care costs.

Key words: epidemiology, tuberculosis, HIV-infection (AIDS)

В настоящее время в мире наблюдаются две инфекции, которые взаимосвязаны друг с другом и в глобальном масштабе туберкулез — одна из главных причин смертности у больных ВИЧ-инфекцией [3, 4].

Лица, больные ВИЧ-инфекцией и одновременно инфицированные микобактериями туберкулеза, подвержены наиболее высокому риску заболевания туберкулезом. У них ежегодная вероятность развития туберкулеза составляет 5–10 %, в то время как у остального населения она не превышает 10 % на протяжении всей жизни [6]. Новые данные ВОЗ, полученные в 2008 г., свидетельствуют о том, что вероятность развития туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в странах с широким распространением ВИЧ-инфекции приблизительно в 20 раз выше, чем у людей без ВИЧ-инфекции. Чаще всего ВИЧ-инфекция способствует эпидемии туберкулеза в беднейших странах, что приводит к ухудшению эпидемиологических показателей в мире. Последствия сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулеза оказывают негативное влияние на выполнение противотуберкулезных программ в наиболее пострадавших странах. В некоторых регионах ВИЧ-инфекция повысила заболеваемость туберкулезом в 5 раз [1, 6, 7].

В России на конец 2009 г. было зарегистрировано 530185 случаев ВИЧ-инфекции [2], 276600 случаев активного туберкулеза [5] и 20755 случаев

сочетания обеих инфекций (годовая отчетная форма № 61). **Общероссийские показатели о распространенности туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией**, отражают лишь ситуацию в целом по стране, в то время как данные по отдельным субъектам Российской Федерации значительно отличаются друг от друга.

С целью оценки значимости проблемы туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, приказом Минздрава России от 13.11.2003 г. № 547 началось внедрение формы 263/у-ТБ «Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией», этим же приказом определено назначение специалистов, ответственных за координацию работы фтизиатрических и инфекционных служб в субъекте федерации. Ответственный фтизиатр отвечает, в том числе, за мониторинг сочетанной инфекции на основании персональных карт. Учреждения ФСИН на основании циркулярного письма № 1022-471, 22.02.2006 г.) обязаны заполнять ф. 263/у-ТБ и направлять указанным выше фтизиатрам своего субъекта федерации. При составлении годового отчета по форме № 61 разделы, касающиеся сочетанной патологии, заполняются на основании данных, полученных от региональных фтизиатров, отвечающих в субъектах федерации за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Необходимо отметить недостаточное качество взаимодействия

при передаче данных о сочетанной инфекции между центрами по борьбе и профилактике СПИД, УФСИН и фтизиатрами-координаторами в некоторых территориях Сибирского федерального округа (СФО).

Нами проведен анализ данных годовых отчетных форм № 61 территорий СФО за 2007 – 2009 гг. Сибирский Федеральный округ включает в себя 12 субъектов федерации с различной протяженностью территорий, плотностью населения и т.д. Из них в 5 зарегистрировано 87,9 % всех случаев ВИЧ-инфекции в СФО на конец 2009 г.: Иркутская область, Кемеровская область, Красноярский край, Алтайский край, Новосибирская область. В этих же регионах зарегистрировано 69,7 % всех больных активным туберкулезом и 73,8 % всех смертей от туберкулеза.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции неоднородна в субъектах федерации СФО. Рост пораженности ВИЧ-инфекцией начался в этих территориях в разные годы и отличается значительной дисперсией. С 2001 г. лидирующее положение занимает Иркутская область, достигшая к 2009 г. показателя 1080,0 на 100 тыс. населения (рис. 1). Медленнее рост происходил в Республике Бурятия и Кемеровской области. С 2005 г. начался выраженный рост в Красноярском и Алтайском краях, с 2006 г. — в Новосибирской области. Наименьшая пораженность ВИЧ-инфекцией на конец 2009 г. зарегистрирована в Республиках Тыва и Алтай (2,2 и 2,4 на 100 тыс. населения соответственно).

Отмечен значительный рост регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в 2009 г. по сравнению с 2007 г. в Омской области — в 10,7 раза, она лидирует по темпу роста новых случаев в России в 2009 г. Несколько меньше темп роста в Кемеровской области — в 3,7 раза; в Новосибирской области, За-

байкальском крае и Томской области рост отмечен почти в 2 раза (2,3, 2,1 и 1,9 соответственно). На остальных территориях этот показатель меньше.

Заболеваемость туберкулезом в СФО в 2007 – 2009 гг. колеблется незначительно: 128,1, 132,9 и 129,2 на 100 тыс. населения соответственно и отдельно по территориям выраженных тенденций к изменению ситуации нет [4]. В тот же период отмечен рост выявления сочетанной инфекции в 1,8 раза (рис. 2) и в 2009 г. число больных с впервые выявленным сочетанием этих заболеваний достигло 2285 (с учетом ФСИН). Среди них доля находящихся в учреждениях ФСИН составляет по разным территориям от 6,3 % (Республика Хакасия) до 52,6 % (Томская область).

Темпы роста выявления сочетанной инфекции выше в Новосибирской области, так количество регистрируемых пациентов возросло с 2007 по 2009 гг. в 7,4 раза. На втором месте — Омская область (в 3,2 раза). Высокие темпы роста сохраняются в Красноярском и Алтайском краях (увеличение в 2,3 и 2,0 раза соответственно).

В предыдущие годы доказано, что риск возникновения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией коррелирует с развитием и усугублением иммунодефицита. Т.е. на поздних стадиях ВИЧ-инфекции чаще возникает туберкулез. По данным годовой отчетной формы № 61 значительный рост регистрации стадий 4Б, 4В и 5 в 2009 г. по сравнению с 2008 г. отмечен в Новосибирской (увеличение в 2,3 раза) и Иркутской (в 2 раза) областях. В меньшей степени — в Красноярском крае (в 1,6 раза). На остальных территориях рост составил 10 – 30 %. Важно учитывать, что в территориальных субъектах с замедленным распространением ВИЧ-инфекции, в ближайшие годы эта проблема тоже будет значима.

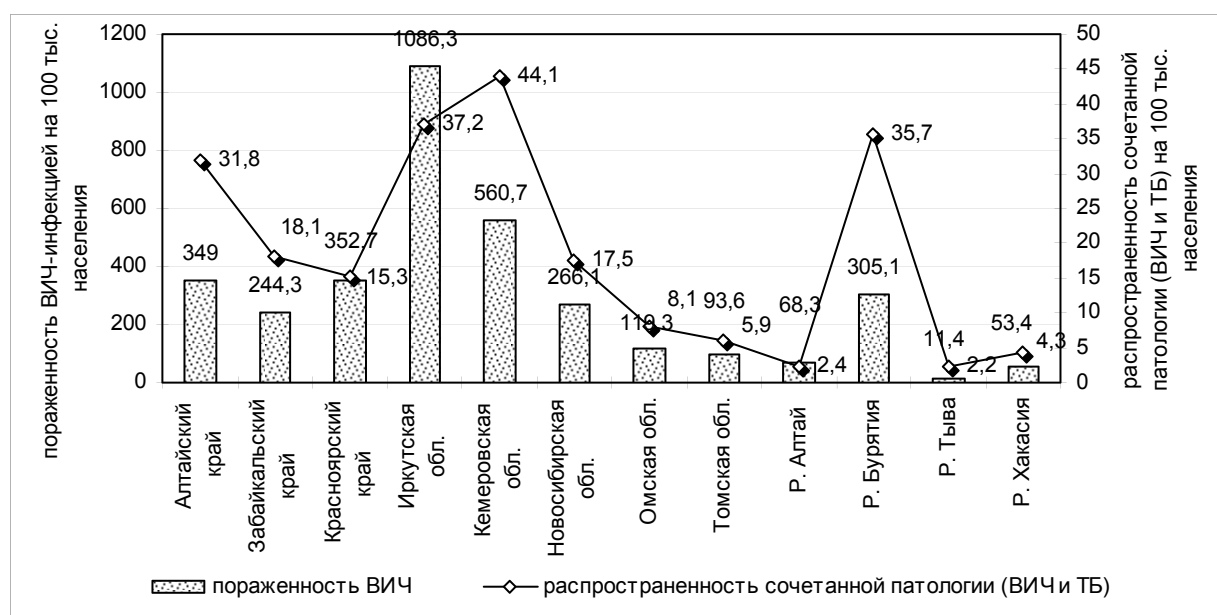


Рис. 1. Уровень распространенности сочетанной инфекции (ВИЧ и туберкулез) среди больных ВИЧ-инфекцией (на 100 тыс. населения) в 2009 г. по территориям СФО.

На рис. 3 приведены данные территорий СФО с наибольшей долей случаев сочетанной инфекции (более 5 %) среди всех больных туберкулезом, состоящих на учете в активных группах диспансерного учета в противотуберкулезных учреждениях РФ. Зарегистрировано 5 таких субъектов федерации на конец 2009 г., в них же отмечен высокий показатель пораженности ВИЧ-инфекцией (рис. 1). В этих территориях региональная противотуберкулезная служба должна уделять особое внимание рассматриваемой проблеме.

Почти во всех регионах СФО значительную долю среди умерших больных ВИЧ-инфекцией от всех причин, составляют больные туберкулезом (до 65,7 % – Иркутская область). При попытке анализа летальности больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции (шифр по МКБ-10 B20.0) выявилось некоторое несоответствие цифр. Это объясняется отсутствием единых подходов к определению основного заболевания, приведшего к смерти.

Достаточно серьезным и объемным разделом работы фтизиатра является проведение химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. В 2007 г. она была проведена 1543

пациентам, а в 2009 г. уже 2763 чел. (увеличение количества в 1,8 раза), что составляет 3,5 % от числа лиц с зарегистрированной ВИЧ-инфекцией. Темпы роста числа нуждающихся в проведении химиопрофилактики туберкулеза обязательно нужно учитывать при формировании годовой потребности в противотуберкулезных препаратах. Необходимо отметить, что до сих пор нет единого мнения о длительности проведения химиопрофилактики у больных с иммунодефицитом и комбинации противотуберкулезных препаратов. Это обусловлено отсутствием значимых клинических исследований в Российской Федерации по этому вопросу.

Полученные результаты показывают необходимость междисциплинарного подхода при решении проблем в борьбе с эпидемиями ВИЧ и туберкулеза. Для совершенствования учета туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, необходимо внедрить во всех территориях единую электронную систему мониторинга. Таким образом, проблема туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в СФО имеет большое значение. При отсутствии адекватных мероприятий рост регистрации ВИЧ-инфекции и, как следствие, рост числа больных с сочетанием

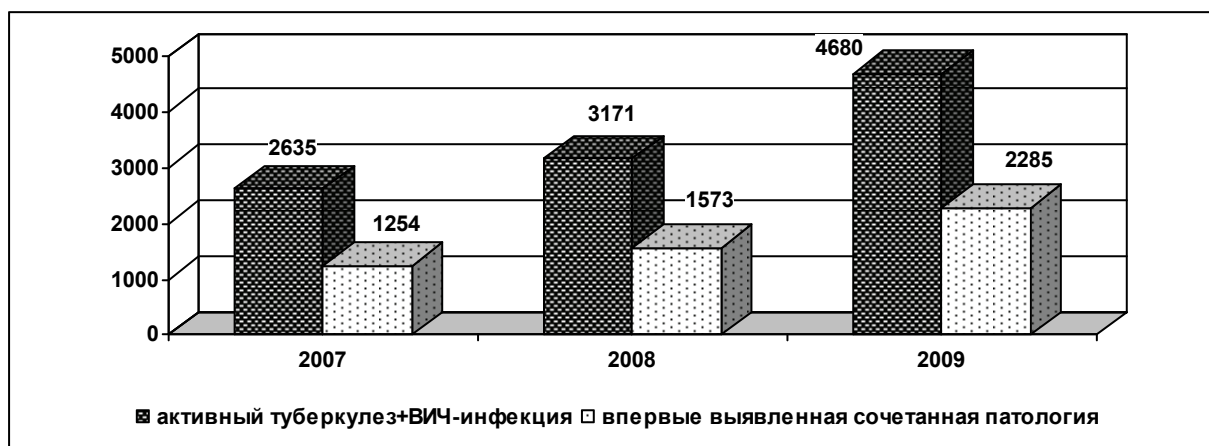


Рис. 2. Число зарегистрированных случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в СФО в 2007–2009 гг. (по данным ф. 61).

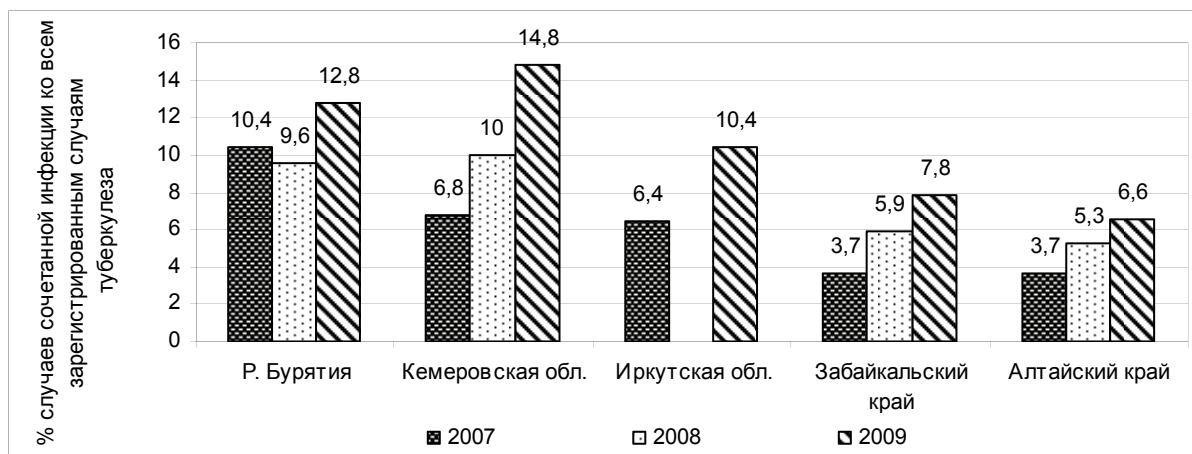


Рис. 3. Территории СФО с наибольшей долей случаев сочетанной инфекции (более 5%) среди больных туберкулезом, находящихся на учете (2007–2009 гг.).

ВИЧ-инфекции и туберкулеза нанесет серьезный ущерб населению и потребует значительных затрат на здравоохранение.

Учитывая вышесказанное, можно сформулировать следующие приоритетные задачи по совершенствованию оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией:

1. Организовать на базах Федеральных научно-исследовательских институтов туберкулеза (фтизиопульмонологии) центры мониторинга эпидемической ситуации и деятельности противотуберкулезной службы территории курации.

2. Повысить ответственность руководителей противотуберкулезных служб регионов за организацию электронного мониторинга сочетанной инфекции («Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»).

3. Повысить роль межведомственных комиссий в обеспечении взаимодействия при передаче данных о сочетанной инфекции между центрами по борьбе и профилактике СПИД, УФСИН, общей лечебной сети и фтизиатрами-координаторами.

4. Внедрять технологии дистанционного непрерывного образования специалистов противотуберкулезных учреждений по вопросам профилактики, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в рамках реализации государственных программ последипломной подготовки кадров.

5. Унифицировать согласованность данных по сочетанной инфекции (ВИЧ-инфекции и туберкулезу) в годовых отчетных формах (№ 33, № 61), ввести данные по оценке эффективности лечения туберкулеза у таких больных.

Выполнение указанных задач повысит качество получаемой информации, позволит оценить истинную ситуацию по сочетанной инфекции, повысит эффективность планирования мероприятий, в том числе поможет скорректировать программы борьбы с социально-значимыми заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вартамян Ф.Е., Шаховский К.П. Туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2007. — № 4. — С. 42—44.
2. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень ФНМЦ СПИДа, № 34. — сайт ФНМЦ СПИДа: <http://hivrussia.ru/>
3. Нанн П. Глобальный подход к борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. — № 10. — С. 13—16.
4. Охтяркина В.В. ВИЧ-инфекция и туберкулез: необходимо остановить эпидемию // На здоровье. — 2007. — № 18. — С. 5—7.
5. Погожева Л.М. и др. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. — Новосибирск, 2010. — 82 с.
6. Badri M. et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area // Intern. J. Tub. Lung Dis. — 2001. — Vol. 5. — P. 225—232.
7. Corbett E.L. et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic // Archives of Internal Medicine. — 2003. — Vol. 163. — P. 1009—1021.

Сведения об авторах

Нарышкина Светлана Леонидовна — к.м.н., ведущий научный сотрудник ФГУ НИИТ (630040, г. Новосибирск, ул. Охотская, д. 81а; тел.: 8-961-871-81-70; e-mail: nniit@sibnet.ru)