

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ, СОЧЕТАННОМУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Т. И. МОРОЗОВА, Л. Е. ПАРОЛИНА, А. И. ДАНИЛОВ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава РФ

Все большую роль в туберкулезном эпидемическом процессе в стране играет распространение туберкулеза (ТБ) среди больных ВИЧ-инфекцией (ВИЧ). Развитие эпидемии сочетанной патологии имеет свои особенности, обусловленные своеобразием географических, социально-экономических, демографических и других условий каждого субъекта Федерации.

Цель исследования: оценить состояние проблемы и особенности распространения сочетанной патологии ТБ/ВИЧ в Приволжском федеральном округе (ПФО).

Материалы и методы. Проведен анализ данных статистической отчетности № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», № 33 «Сведения о больных туберкулезом», № 8 «Сведения о больных активным туберкулезом» субъектов ПФО. Оценивали интенсивные показатели заболеваемости, распространенности/пораженности, экстенсивные показатели (доли) структуры явлений в общей совокупности пациентов с ТБ, ТБ/ВИЧ и ВИЧ-инфекцией. В исследовании использовали данные из оригинального опросника для противотуберкулезных учреждений (ПТУ) ПФО, а также из официальных отчетов Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Результаты исследования. Общая заболеваемость и распространенность туберкулеза в ПФО, как и РФ в целом, продолжают снижаться. В 2013 г. показатель территориальной заболеваемости составил 61,3 (2012 г. – 62,7), показатель распространенности – 137,8 на 100 тыс. населения (2012 г. – 144,6). Среди впервые заболевших туберкулезом постоянное население России составило 84,2% (РФ – 84,7%), контингенты ФСИН – 12,4%. При этом наблюдается нарастание эпидемии ВИЧ-инфекции с увеличением заболеваемости на 22,7%, а распространенности – на 37,2% за последние 5 лет. Регистрируется быстрый рост числа случаев сочетанной патологии ТБ/ВИЧ, среди контингентов больных ТБ в ПФО возросла с 2008 по 2013 г. в 2,4 раза, среди впервые выявленных больных – в 2,3 раза и достигла 11,5 и 14,4% соответственно. Среди всего контингента больных ТБ/ВИЧ в 82,7% случаев туберкулез выявлен на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Доля умерших от туберкулеза среди всех умерших больных с ТБ/ВИЧ в ПФО составила в 2013 г. 7,6% (2012 г. – 10,4%), что практически соответствует уровню РФ (2013 г. – 7,5%).

Анализ эпидемической ситуации по территориям ПФО показывает, что развитие двойной эпидемии ТБ/ВИЧ неравномерно, наибольшее распространение наблюдалось в 2013 г. в Оренбургской (22%), Ульяновской (19,5%), Самарской (18,5%) областях, Пермском крае (14,6%). Эти территории входят в число 20 субъектов РФ с наибольшей долей случаев ТБ/ВИЧ (превышающей 5%) среди больных ТБ, состоящих на учете в ПТУ субъектов РФ. В этих субъектах отмечается наибольшее влияние случаев ТБ/ВИЧ на распространение ТБ, что требует особого внимания к рассматриваемой проблеме со стороны региональных противотуберкулезных служб.

Доля больных ТБ/ВИЧ среди впервые выявленных больных ТБ отражает распространение патологии среди населения и может являться прогностическим признаком изменения ситуации в будущем. В 7 субъектах ПФО каждый десятый впервые выявленный больной имеет ТБ, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. Причем в трех из них – более чем каждый пятый (Ульяновская (26%), Оренбургская (23%), Самарская (22,9%) области). Численность впервые выявленных больных сочетанной инфекцией увеличилась в отчетном году на всех территориях, за исключением Республики Мордовии (-21,4%) и Республики Марий Эл (0%). Наиболее значительный прирост больных сочетанной патологией зарегистрирован в Республике Чувашия (38,7%), Кировской области (29,4%), Республике Татарстан (24,5%), Нижегородской области (22,2%). Быстрые темпы развития сочетанной эпидемии указывают специалистам ПТУ территорий с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, что в ближайшие годы с появлением больных ВИЧ-инфекцией в 4Б, 4В и 5 стадиями эта проблема для них станет также значима.

Выводы. 1. В ПФО наблюдается ухудшение эпидемической ситуации по сочетанной патологии ТБ/ВИЧ. В ПФО развитие двойной эпидемии зависит от степени пораженности населения ВИЧ-инфекцией. Наибольшее распространение сочетанной инфекции наблюдается в Оренбургской, Ульяновской, Самарской областях, Пермском крае, при этом на других территориях также наблюдается отчетливый рост.

2. Учитывая по субъектам ПФО большой диапазон показателей, характеризующих распространение туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, целесообразно обеспечивать дифференцирован-

ный подход при организации амбулаторной и стационарной помощи этим больным. При планировании надо учитывать на территории: распро-

страненность ВИЧ-инфекции, длительность ее регистрации, инфицированность населения микобактериями туберкулеза.

РОЛЬ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА В СЛУЖБЕ ВИЧ/СПИД

Г. Ф. МОШКОВИЧ, С. В. МИНАЕВА^{1,2}, В. А. БАЛАГАНИН, Г. Ф. РУСАНОВСКАЯ¹

¹ГБУ здравоохранения Нижегородской области

«Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

²Нижегородская государственная медицинская академия

Цель исследования: оценить эффективность деятельности врача-фтизиатра Центра СПИДа.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов консультативного приема больных ВИЧ-инфекцией (ВИЧи) врачом-фтизиатром Центра СПИДа по медицинским картам (форма № 025/у) за 5 мес. 2014 г.

Результаты исследования. В Нижегородской области с 1991 по 2014 г. зарегистрирован 13 471 больной ВИЧи гражданин РФ, в том числе 1 058 (7,8%) человек имели сочетанную патологию ВИЧи и туберкулез. Заболеваемость туберкулезом населения Нижегородской области в 2013 г. составила 47,2 на 100 тыс. населения (1 555 новых случаев), а среди больных ВИЧи – 1 754,7 на 100 тыс. больных (165 новых случаев), т. е. в 37,2 раза больше. Распространенность туберкулеза в общей популяции – 124,6 на 100 тыс. населения, среди больных ВИЧи – 10 028,8 на 100 тыс. больных (в 80,5 раза больше).

В 2013 г. 516 больных ВИЧи имели активный туберкулез, в том числе получали антиретровирусную терапию 294 больных. В начале 2013 г. Центр СПИДа был оснащен цифровым флюорографом, что значительно сократило сроки выявления туберкулеза при плановых обследованиях. За 5 мес. 2014 г. флюорография проведена 1 455 больным ВИЧи, за тот же период 2013 г. – 797 больным (рост в 1,8 раза).

В 2014 г. в Центре СПИДа приступил к работе врач-фтизиатр, которым за 5 мес. проконсультировано 1 558 больных ВИЧи, средняя нагрузка составляет 15 человек в день.

Распределение пациентов по видам консультации представлено в таблице.

Из 42 пациентов, направленных на обследование в противотуберкулезные учреждения с подозрением на туберкулез, у 14 (33,3%) пациентов диагноз подтвержден.

У 2 (14,3%) больных одновременно выявлены туберкулез и ВИЧи, у 12 (85,7%) пациентов туберкулез развился на фоне ВИЧи: у половины пациентов ВИЧи была выявлена в 2013 г., у остальных – более 5 лет назад.

Анализ возрастной и половой структуры пациентов с впервые установленным диагнозом тубер-

Виды консультативного приема врача-фтизиатра в Центре СПИДа

Причина обращения	Число пациентов	
	абс.	отн.
Первичный осмотр при взятии на диспансерный учет в связи с выявлением ВИЧ-инфекции	385	24,7%
Плановый осмотр в процессе диспансерного наблюдения в связи с ВИЧ-инфекцией	703	45,1%
Пациенты, снятые с диспансерного учета по поводу туберкулеза	42	2,7%
Пациенты с нетуберкулезными заболеваниями бронхолегочной системы	221	14,2%
Пациенты с туберкулезом	150	9,6%
Пациенты с подозрением на туберкулез	42	2,7%
Пациенты из III ГДУ туберкулез органов дыхания/туберкулез внелегочной локализации + ВИЧ-инфекция	15	1,0%
Всего	1558	100

кулеза показал преобладание мужчин (10/71,4%) молодого трудоспособного возраста 35-45 лет (8/57,1%).

Среди клинических форм преобладала инфильтративная (7/50,0%). У 3 (21,4%) больных было сочетание туберкулеза легочной и внелегочной локализаций (туберкулез периферических лимфатических узлов и кишечника). Бактериовыделение зарегистрировано у 10 (71,4%) пациентов, в том числе множественная лекарственная устойчивость возбудителя – у 2 (20,0%), распад – у 8 (57,1%) пациентов.

У 11 (26,2%) пациентов туберкулез не подтвержден: 5 случаев пневмонии, по 2 случая микобактериоза и онкопатологии, по 1 случаю сепсиса и лимфаденопатии.

17 (40,5%) больным проводится комплекс мероприятий по дальнейшей диагностике, что свидетельствует о трудностях верификации туберкулеза.

Выводы. 1. Проведенный анализ деятельности врача-фтизиатра Центра СПИДа показал активизацию работы по выявлению туберкулеза, увели-

Таблица 1