

© О. Б. НЕЧАЕВА, 2014

УДК 616.24-002.5+578.28НIV(470+571)

СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

О. Б. НЕЧАЕВА

THE TUBERCULOSIS AND HIV INFECTION SITUATION IN RUSSIA

O. B. NECHAEVA

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва

Изучена эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в 2009-2012 гг. Заболеваемость туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения, вставшего на учет, в 2012 г. в 35 раз больше, чем в среднем по России; показатель распространенности туберкулеза на окончание года – больше в 32 раза, показатель смертности от туберкулеза – больше в 28 раз. Уровень заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией напрямую связан с уровнем распространения туберкулеза в регионе.

Влияние ВИЧ-инфекции на эпидемический процесс при туберкулезе будет увеличиваться. К 2020 г. среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом ВИЧ-инфекцию могут иметь до 30% больных в целом по России, а в отдельных субъектах РФ – до 40-50%.

Порядок и сроки проведения профилактических осмотров больных ВИЧ-инфекцией в целях выявления туберкулеза не выполняются, хотя в последние годы отмечается рост охвата осмотрами (2012 г. – 79,4%). Химиопрофилактика туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) проводится только в трети показанных случаев.

Необходимо продолжить организационную работу по созданию специализированных туберкулезных отделений для лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, в том числе хирургическими методами.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, эпидемическая ситуация.

The tuberculosis and HIV infection epidemic situation in 2009-2012 was studied. In 2012, the incidence of tuberculosis in HIV-infected patients among the resident population registered in 2012 was 35 times higher, its prevalence at the end of the year was 32 times higher, and its mortality rates were 28 times higher than the average Russian rates. Mortality rates in patients with HIV infection were directly related to the prevalence of tuberculosis in a region.

The impact of HIV infection on the epidemic process in tuberculosis will increase. By 2020, among the first registered tuberculosis patients, there will be as high as 30% with HIV infection in Russia as a whole and as high as 40-50% in individual subjects of the Russian Federation. The procedure and time of prophylactic examinations of HIV-infected patients to detect tuberculosis are not observed although there has been recently an increase in examination coverage (79.4% in 2012). Tuberculosis chemoprophylaxis is made only in late-stage (4B, 4C, and 5) HIV infection only in one-third of the indicated cases.

It is necessary to continue organizational work to set up specialized tuberculosis departments, including that with surgical methods, to treat patients with tuberculosis concurrent with HIV infection.

Key words: tuberculosis, HIV infection, epidemic situation.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р [5] утверждены целевые индикаторы и показатели госпрограммы развития здравоохранения РФ до 2020 г. Цель исследования – проанализировать показатели-индикаторы госпрограммы по разделу «Туберкулез» зависимости от будущего развития эпидемии ВИЧ-инфекции, проведения профилактических противотуберкулезных мероприятий среди больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы

Изучены формы государственного статистического наблюдения (ГСН) № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Сведения о больных туберкулезом», № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией». Смертность представлена по данным Роскомстата. Показатели рассчитаны на среднегодовое население (2010-2012 гг. с учетом переписи населения 2010 г.).

Результаты и обсуждение

Показатели регистрируемой заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией сближаются (рис. 1). Заболеваемость туберкулезом снижается ежегодно с 2009 г., а регистрируемая заболеваемость ВИЧ-инфекцией продолжает расти.

С 2008 г. распространенность (состоящие на учете больные на окончание года на 100 тыс. населения) ВИЧ-инфекции больше, чем распространенность туберкулеза (рис. 2).

Летальность больных туберкулезом, состоявших на учете, от всех причин составляет 11,8% (2009 г.) – 11,6% (2012 г.). Согласно статистическим данным, клиническое излечение от туберкулеза в последние годы медленно увеличивается: с 32,6% (2009 г.) до 34,9% (2012 г.). В результате снижения заболеваемости и роста показателя излечения показатель распространенности туберкулезом уменьшается.

Больных ВИЧ-инфекцией с учета не снимают. Летальность больных среди всех выявленных

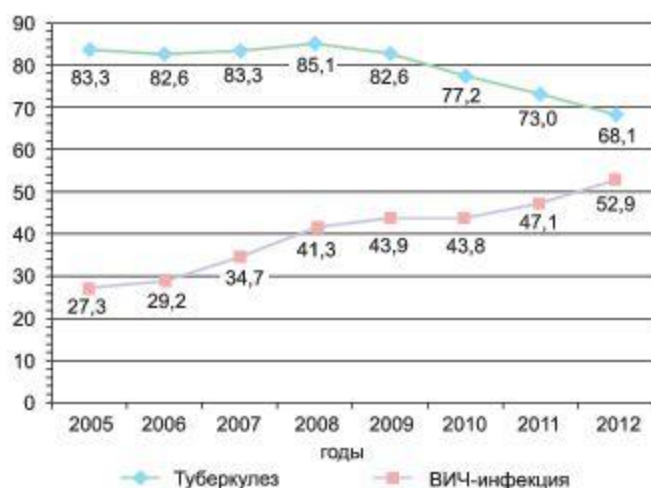


Рис. 1. Заболеваемость туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в России (на 100 тыс. населения)

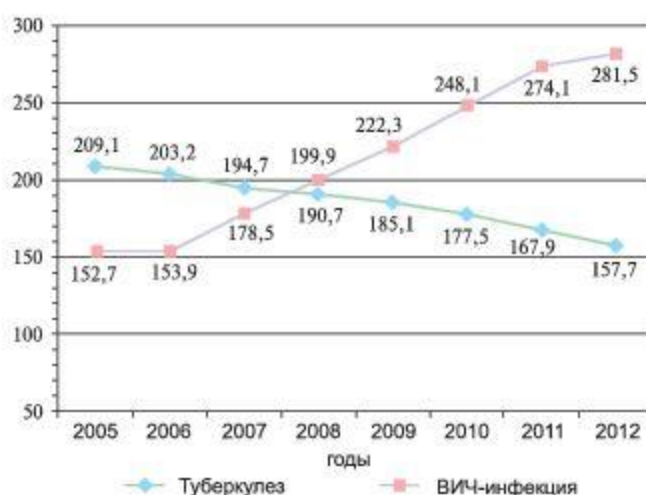


Рис. 2. Распространенность на окончание года туберкулеза и ВИЧ-инфекции в России (на 100 тыс. населения)

случаев с антителами к ВИЧ низка и составляет 3,1% (2009 г.) – 3,3% (2012 г.). Вследствие роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией и низкой летальности больных число больных ВИЧ-инфекцией ежегодно нарастает и на окончание 2012 г. на учете больных ВИЧ-инфекцией состояло на 177,5 тыс. больше, чем больных туберкулезом.

В табл. 1 представлены показатели по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в целом по Российской Федерации за 2009-2012 гг., в табл. 2 – по федеральным округам (ФО) России за 2012 г.

И при туберкулезе, и при ВИЧ-инфекции наблюдается одна и та же тенденция – сокращение доли больных, выявленных в учреждениях ФСИН России. В настоящее время данные социально обусловленные заболевания являются проблемой прежде всего для системы учреждений общего здравоохранения.

Наихудшая эпидемическая ситуация по туберкулезу сохраняется в Дальневосточном, Сибирском, Южном и Уральском ФО. Показатель общей заболеваемости туберкулезом в расчете на 100 тыс.

населения в 2012 г. колеблется по ФО РФ от 44,6 (Северо-Кавказский ФО) до 122,4 (Дальневосточный ФО); показатель распространенности туберкулезом на окончание года – от 91,4 (Центральный ФО) до 283,9 (Дальневосточный ФО); показатель инвалидности по причине туберкулеза – от 24,2 (Центральный ФО) до 69,8 (Южный ФО); показатель смертности от туберкулеза – от 7,0 (Северо-Кавказский ФО) до 23,7 (Сибирский ФО). Самое низкое соотношение показателей заболеваемость/смертность в Южном ФО (4,5) и Сибирском ФО (4,6), а самое большое – в Центральном ФО (6,7) и Северо-Кавказском ФО (6,3).

Разница в показателях в расчете на 100 тыс. населения среди субъектов РФ очень значительна: общая заболеваемость туберкулезом различается в 5,8 раза (Кабардино-Балкарская Республика – 35,6; Республика Тыва – 205,2); заболеваемость туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет – в 31,4 раза (Мурманская область – 2,4; Чукотский автономный округ – 75,4); общая распространенность туберкулеза – в 14,7 раза (Архангельская область – 49,3; Республика Тыва – 722,5); распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя – в 50,1 раза (г. Москва – 5,2; Республика Тыва – 260,3); смертность от туберкулеза – в 30,9 раза (Белгородская область – 1,9; Республика Тыва – 58,7).

Соотношение показателей заболеваемость/смертность в 2012 г. в Белгородской области составило 20,1; в Орловской области – 15,3; в г. Москве – 11,9; а в Ростовской области и Кабардино-Балкарской Республике – 2,9; Амурской области – 3,3; Республике Тыва – 3,5; Смоленской области – 3,6; Республике Карелия – 3,7; Тверской области – 3,8; Иркутской и Курганской областях, Алтайском крае – 3,9. Такая большая разница в показателях свидетельствует о нестабильности эпидемической ситуации и о существенном недо выявлении туберкулеза в ряде субъектов РФ.

В 2012 г. наиболее тяжелая ситуация по туберкулезу среди постоянного населения наблюдалась в следующих субъектах РФ:

Центральный ФО – Смоленская область (62-е ранговое место), Тверская область (51-е ранговое место), Курская область (49-е ранговое место), Брянская область (39-е ранговое место), Тульская область (36-е ранговое место);

Северо-Западный ФО – Псковская область (46-е ранговое место), Ленинградская область (43-е ранговое место), Республика Коми (42-е ранговое место), Калининградская область (41-е ранговое место);

Южный ФО – Республика Калмыкия (77-е ранговое место), Астраханская область (75-е ранговое место), Волгоградская область (65-е место);

Северо-Кавказский ФО – Республика Северная Осетия – Алания (38-е ранговое место), Республика Ингушетия (37-е ранговое место), Чеченская Республика (35-е ранговое место);

Таблица 1

Показатели по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

№	Показатели	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
1	Туберкулез (ТВС):				
1.1	Впервые заболели ТВС (абс.)	117 227	109 904	104 320	97 542
	на 100 тыс. населения	82,6	77,2	73,0	68,1
	ТВС + ВИЧ: встали на учет (на 100 тыс. населения)	4,3	4,7	5,6	5,9
	доля ФСИН (%)	12,0	12,0	11,3	10,4
1.2	Состоит на учете с ТВС на 31 декабря	262 718	253 555	240 237	226 069
	на 100 тыс. населения	185,1	177,5	167,9	157,7
	ТВС + ВИЧ (на 100 тыс. населения)	10,2	11,4	13,0	14,3
1.3	Умерли от ТВС	23 892	21 862	20 243	17 966
	на 100 тыс. населения	16,8	15,4	14,2	12,5
2	ВИЧ-инфекция (ВИЧ):				
2.1	Впервые заболели ВИЧ (абс.)	62 345	62 581	67 317	75 708
	на 100 тыс. населения	43,9	44,0	47,1	52,9
	доля ФСИН (%)	18,0	14,3	13,1	13,3
2.2	Состоит на учете с ВИЧ на 31 декабря	315 514	354 469	392 170	403 592
	на 100 тыс. населения	222,3	248,1	274,1	281,5
	доля ВИЧ в стадиях 4Б, 4В и 5 (%)	10,2	11,0	12,6	13,1
2.3	Умерли от ВИЧ-инфекции	5 640	6 784	8 247	8 975
	на 100 тыс. населения	4,0	4,7	5,8	6,3
3	Туберкулез + ВИЧ-инфекция (ф. 33):				
3.1	ТВС выявлен впервые	6 143	6 695	7 945	8 414
	в т.ч. дети 0-17 лет	57	42	55	41
3.2	Состоит на учете с ТВС на 31 декабря	14 452	16 227	18 659	20 454
	в т.ч. дети 0-17 лет	102	97	113	99
3.3	Умерли от ТВС	1 148	1 329	1 326	1 152
3.4	Умерли от других причин при наличии ВИЧ	2 562	2 873	3 543	4 140
4	Больные ТВС обследованы на ВИЧ (%):				
4.1	Впервые выявленные больные	93,3	95,8	95,0	96,3
4.2	Контингенты на 31 декабря	77,9	78,7	79,0	81,9
5	Больные ВИЧ обследованы на ТВС (%):				
5.1	Всего	70,8	75,0	74,7	79,4
5.2	Лучевым методом	68,7	72,1	73,3	79,0
6	Проводилась химиопрофилактика ТВС у больных ВИЧ-инфекцией (%):				
6.1	Впервые встали на учет с ВИЧ	4,8	3,7	5,9	4,9
6.2	Контингенты больных ВИЧ	3,1	3,8	4,9	4,6
7	Показатели по ТВС среди больных ВИЧ (на 100 тыс. больных ВИЧ):				
7.1	Заблеиваемость ТВС	1845	1795	1882	1919
7.2	Распространенность ТВС	4 581	4 578	4 758	5 068
7.3	Смертность от ТВС	345	356	314	263

Приволжский ФО – Оренбургская область (63-е ранговое место), Пермский край (61-е ранговое место), Ульяновская область (56-е ранговое место), Самарская область (50-е ранговое место), Удмуртская республика (48-е ранговое место);

Уральский ФО – Курганская область (80-е ранговое место), Свердловская область (66-е ранговое место), Тюменская область (60-е ранговое место);

Сибирский ФО – Республика Тыва (83-е ранговое место), Иркутская область (79-е ранговое место), Кемеровская область (74-е ранговое место), Новосибирская область (76-е ранговое место), Ал-

тайский край (73-е ранговое место), Республика Алтай (71-е ранговое место);

Дальневосточный ФО – Еврейская автономная область (82-е ранговое место), Амурская область (81-е ранговое место), Приморский край (77-е ранговое место), Хабаровский край (72-е ранговое место).

При показателе распространенности ВИЧ-инфекции на окончание 2012 г. 281,5 на 100 тыс. населения наибольшая пораженность ВИЧ-инфекцией в Уральском (619,0) и Сибирском (389,1) ФО. Из субъектов РФ – в Свердловской (886,1),

Таблица 2

Показатели по туберкулезу и ВИЧ-инфекции по ФО Российской Федерации в 2012 г.

№	Показатели	РФ	Ц ФО	СЗ ФО	Ю ФО	СК ФО	П ФО	У ФО	С ФО	Д ФО
1	Туберкулез:									
1.1	Заболываемость (на 100 тыс. населения)	68,1	47,8	52,0	70,3	44,6	62,7	86,6	109,5	122,4
	ТВС + ВИЧ: встали на учет (на 100 тыс. населения)	5,9	3,4	4,7	2,0	0,7	6,3	13,9	12,1	3,7
1.2	Распространенность (на 100 тыс. населения)	157,7	91,4	100,7	190,5	153,6	144,6	199,8	262,2	283,9
	ТВС + ВИЧ (на 100 тыс. населения): на 31 декабря	14,3	7,7	12,0	7,1	3,2	14,1	36,7	28,2	7,0
1.3	Смертность (на 100 тыс. населения)	12,5	7,1	9,0	15,7	7,0	10,9	15,8	23,7	22,5
1.4	Ранговое место по ТВС		3	2	6	1	4	5	7	8
2	ВИЧ-инфекция:									
2.1	Заболываемость (на 100 тыс. населения)	52,9	40,7	49,6	23,0	9,9	57,5	102,9	93,3	23,3
2.2	Распространенность (на 100 тыс. населения)	281,5	205,3	355,9	118,0	43,7	322,3	619,0	389,1	133,2
2.3	Смертность (на 100 тыс. населения)	6,3	4,3	6,7	2,8	0,6	7,6	14,4	9,2	2,7
2.4	Ранговое место по ВИЧ		4	5	2	1	6	8	7	3
3	Доля больных ВИЧ, обследованных на ТВС (%)	79,4	81,8	71,7	94,6	79,1	84,8	77,9	73,3	76,9
4	Химиопрофилактика ТВС у больных ВИЧ (%)	4,6	4,1	6,3	3,9	5,6	3,2	5,2	5,2	2,6
5	Доля больных ТВС среди больных ВИЧ (%)	6,8	3,8	6,2	6,7	5,4	6,2	6,9	10,5	10,1
6	Доля больных ВИЧ среди больных ТВС (%):									
6.1	Впервые заболели ТВС	10,7	9,7	12,1	3,5	1,8	12,2	20,0	12,7	3,6
6.2	Состоит на учете с ТВС на 31 декабря	9,0	8,4	11,9	3,7	2,1	9,8	18,3	10,8	2,5
6.3	Умерли от ТВС	8,7	5,3	5,9	5,9	8,2	10,4	10,5	11,8	4,3
6.4	Умерли больные ТВС от других причин	30,1	23,3	38,7	14,9	5,6	35,3	46,0	34,7	6,7
7	Показатели по ТВС среди больных ВИЧ (на 100 тыс. больных ВИЧ):									
7.1	Заболываемость ТВС	1 919	1 550	1 205	1 518	1 543	1 794	2 030	2 851	2 583
7.2	Распространенность ТВС	5068	3730	3374	6040	7217	4386	5922	7251	5223
7.3	Смертность от ТВС	263	117	86	519	992	233	201	503	528

Иркутской (733,3), Кемеровской (699,2), Самарской (692,0) областях, Ханты-Мансийском автономном округе (652,9), Ульяновской (648,0), Ленинградской (593,3), Оренбургской (528,7) областях, г. Санкт-Петербурге (526,3), Тюменской области (500,3).

При среднем уровне показателя регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации в 2012 г. 52,9 на 100 тыс. населения в Уральском ФО показатель составил 102,9; в Сибирском ФО – 93,3 на 100 тыс. населения. Самые низкие показатели – в Северо-Кавказском ФО (9,9) и Южном ФО (23,0). Единственный ФО, где в 2012 г. произошло снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией (на 9,5%), – это Северо-Западный ФО.

В ряде субъектов РФ заболеваемость превышает 100 на 100 тыс. населения: Кемеровская (219,7), Свердловская (136,0), Иркутская (135,6), Новосибирская (113,1) и Самарская (112,8) области, Ханты-Мансийский АО (101,3), Пермский край (100,1). Самые низкие показатели в Республике Тыва (4,5), Ненецком АО (4,7), Воронежской области (5,9), Республике Калмыкия (6,0), Амурской области (6,3).

Самый высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией детей в возрасте 0-14 лет в Иркутской (12,5), Кемеровской (12,5), Свердловской (10,5), Новосибирской (10,1) и Самарской (9,6)

областях; в возрасте 15-17 лет – в Кемеровской (34,8), Свердловской (23,6), Иркутской (18,6), Челябинской (18,0) и Тверской (16,8) областях.

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции прежде всего связано с уровнем наркомании. В 2012 г. при среднем показателе регистрируемой заболеваемости наркоманией 13,9 на 100 тыс. населения в Уральском ФО показатель составил 24,4 на 100 тыс. населения, в Сибирском ФО – 19,5 на 100 тыс. населения, в Дальневосточном ФО – 18,2 на 100 тыс. населения. Можно предполагать, что в Дальневосточном ФО при наличии высоких показателей по наркомании имеет место существенное недо выявление больных ВИЧ-инфекцией.

Несмотря на то что охват обследованиями на туберкулез среди больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете, растет (2009 г. – 70,8%; 2012 г. – 79,4%), можно сделать вывод: порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза [4], предусматривающий то, что больные ВИЧ-инфекцией должны осматриваться на туберкулез 2 раза в год, в полной мере не выполняется.

Лучевые исследования в 2012 г. проведены у 79,0% больных ВИЧ-инфекцией (2009 г. – 68,7%), бактериоскопия мокроты на МБТ – у 10,7% (2009 г. – 10,1%), культуральное исследование мокроты – у 4,3% (2009 г. – 3,6%).

Практически все впервые выявленные больные туберкулезом (96,3%) и большая часть боль-

ных (81,9%), которые наблюдались в противотуберкулезной службе на окончание 2012 г., были обследованы на антитела к ВИЧ.

Наличие ВИЧ-инфекции – самый высокий риск развития туберкулеза. Каждый десятый (10,7%) впервые выявленный и вставший на учет больной туберкулезом в 2012 г. был больным ВИЧ-инфекцией. В ряде субъектов РФ этот показатель существенно выше: Ленинградская область (26,5%), Ханты-Мансийский АО (23,9%), Иркутская область (23,5%), Свердловская область (23,0%), Ульяновская область (21,8%), Оренбургская область (21,5%), Самарская область (21,2%). Не было больных ВИЧ-инфекцией в Ненецком автономном округе, Магаданской области, Еврейской автономной области.

Среди состоящих на окончание 2012 г. больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (20 454 человек) было больше всего в Свердловской области (2 248), Иркутской области (1 945), Кемеровской области (1 042), Московской области (1 106), Самарской области (912), г. Москве (891), Оренбургской области (884), Челябинской области (872), г. Санкт-Петербурге (855) и Алтайском крае (839). В этих 10 субъектах РФ состоят на учете 11 594 больных с сочетанной патологией – это 56,7% от всех больных, зарегистрированных в России.

Произведены расчеты основных показателей по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией, состоявших на учете и относящихся к постоянному населению. Данные показатели сравнили со средними показателями по России в целом среди постоянного населения. Все показатели рассчитывали по форме ГСН № 33 (число больных туберкулезом) и по форме ГСН № 61 (контингенты больных ВИЧ-инфекцией, состоящие под диспансерным наблюдением в течение года и на конец года).

Заболеваемость туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения, вставшего на учет, в 2012 г. составила 1 919 на 100 тыс. больных, что в 35 раз больше, чем в среднем по России (55,1 на 100 тыс. населения). Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет больше в 40 раз (соответственно 608 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией и 15,4 на 100 тыс. детей в среднем по России). Заболеваемость лиц в возрасте 15-17 лет больше в 28 раз (соответственно 830 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией и 29,9 на 100 тыс. детей в среднем по России).

Показатель распространенности туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией на окончание года в 2012 г. больше, чем в среднем по России, в 32 раза (соответственно 5068 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией и 157,7 на 100 тыс. населения в среднем по России).

Смертность от туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией больше, чем постоянного населения России, состоявших на учете, в 28 раз (соответственно

263 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией и 9,3 на 100 тыс. населения в среднем по России).

Наибольший уровень заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией из числа постоянных жителей в 2012 г. в Сибирском ФО (2 851 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией), Дальневосточном ФО (2 583 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией) и Уральском ФО (2 030 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией), где и отмечается самый высокий уровень общей заболеваемости туберкулезом (табл. 2). Уровень заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией напрямую связан с уровнем распространения туберкулеза в регионе.

В Северо-Западном и Уральском ФО смерть больных туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией часто кодируют как умерших от ВИЧ-инфекции, так как доля больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции во многих субъектах этих округов высока. Поэтому смертность от туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией достаточно низкая, а доля ВИЧ-инфекции среди причин смерти больных туберкулезом, умерших от других причин, высокая.

В Северо-Кавказском ФО несоответствие показателей объясняется недо выявлением/недорегистрацией как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции.

Фтизиатрам в тесном сотрудничестве с региональным центром СПИДа необходимо осуществлять диспансеризацию больных туберкулезом, страдающих ВИЧ-инфекцией, и больных ВИЧ-инфекцией из числа контактных с источником туберкулезной инфекции. Фтизиатрам кабинета скрининговой диагностики туберкулеза необходимо назначать всем вышеперечисленным пациентам, включая лиц, отрицательно реагирующих на туберкулин, курс химиопрофилактики туберкулеза на 6 мес.: 3 мес. изониазид + этамбутол или пиразинамид и еще 3 мес. – один изониазид [6].

В настоящее время химиопрофилактика туберкулеза проводится редко: среди впервые вставших на учет – в 4,9% случаев (2009 г. – 4,8%, а в контингентах больных, состоящих на учете, – в 4,6% случаев (2009 г. – 3,1%). Хотя доля больных с 4Б, 4В и 5 стадиями (ВИЧ-инфекция с показаниями проведения антиретровирусной терапии и химиопрофилактики туберкулеза) составила 13,1% от всех больных на окончание 2012 г. Согласно этим данным, химиопрофилактика проводится только в одном из трех показанных случаев.

Доля лиц с поздней стадией ВИЧ-инфекции нарастает (2005 г. – 2,4%; 2009 г. – 10,2%). К 2020 г. среди состоящих на учете больных с 4Б, 4В и 5 стадиями ВИЧ-инфекции будут иметь не менее 20%. С этим и связан рост доли больных ВИЧ-инфекцией в структуре заболеваемости туберкулезом. К 2020 г. до 30% впервые выявленных больных будут иметь одновременно с туберкулезом ВИЧ-инфекцию, а в ряде субъектов РФ таких больных будет 40-50%.

В «Порядке оказания медицинской помощи больным туберкулезом» [3] отражен опыт работы

Свердловской области по созданию специализированных отделений для лечения больных с сочетанной патологией [7]. На территориях с высокой распространенностью туберкулеза и ВИЧ-инфекции необходимо создавать специализированные отделения для лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. В штаты указанных отделений нужно ввести врача-инфекциониста, невролога, хирурга, эндоскописта, патологоанатома, психотерапевта. Обследование больных при ВИЧ-инфекции следует проводить на базе центров СПИДа и там же получать для больных необходимые антиретровирусные препараты. В отделении должна быть создана система инфекционной безопасности по предупреждению распространения туберкулеза и вирусных инфекций. Для повышения эффективности лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции в противотуберкулезных стационарах необходимо с началом противотуберкулезного лечения указанным больным одновременно назначать высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). Для этого надо привлекать врача-инфекциониста и совместно с ним в первые 2 мес. лечения сочетанной патологии мониторировать возможность развития побочных реакций у больного на прием антиретровирусных препаратов.

В 2012 г. одновременно с противотуберкулезными препаратами больные туберкулезом с 4Б, 4В и 5-й стадиями ВИЧ-инфекции получали ВААРТ в 70,4% случаев (2009 г. – 56,4%). Динамика положительная, однако до сих пор ВААРТ назначают не во всех показанных случаях. Это недоработка фтизиатров, недостаточно привлекающих инфекционистов к лечению больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

Наряду с химиотерапией туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией следует шире использовать радикальное хирургическое лечение [2]. Виды оперативных вмешательств и показания к операции при туберкулезе органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией такие же, как и у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции. В ФО с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции необходимо создавать специализированные хирургические отделения для оперативного лечения больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с ВИЧ-инфекцией на базе торакальных отделений крупных противотуберкулезных учреждений и НИИ туберкулезного профиля.

Следует также отметить, что в роддомах Российской Федерации доля детей, родившихся живыми от матерей, имевших ВИЧ-инфекцию, увеличивается: 2009 г. – 0,6%; 2012 г. – 0,7%.

На окончание 2012 г. в России от матерей, больных ВИЧ-инфекцией, родилось 97 639 детей, из них больше всего в Свердловской области (10,1%), г. Москве (7,6%), Самарской области (7,1%), Иркутской области (6,7%), Московской области (5,9%), г. Санкт-Петербурге (5,6%). В по-

следующем ВИЧ подтверждена у 6 069 (6,2%) детей. Учитывая, что большинство детей, родившихся от матерей с ВИЧ-инфекцией, не прививается вакциной БЦЖ в роддоме, в перспективе можно предполагать рост заболеваемости туберкулезом среди таких детей.

В связи с этими данными важно отметить положительный опыт проведения прививок БЦЖ на общих основаниях детям, родившимся от матерей, больных ВИЧ-инфекцией, в Свердловской области [1]. Приведены результаты наблюдения: 235 детей с установленной ВИЧ-инфекцией (привиты БЦЖ 115 детей, не привиты 120 детей) и 636 детей без ВИЧ-инфекции в возрасте старше двух лет (привиты БЦЖ 485 детей, не привит 151 ребенок). По мнению авторов, вакцина БЦЖ не только способствовала уменьшению инфицированности и заболевания туберкулезом, но и увеличивала сроки развития ВИЧ-инфекции, а в ряде случаев и предотвращала ее прогрессирование у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Среди привитых вакциной БЦЖ по сравнению с непривитыми в раннем детском возрасте реже наступал вираж туберкулиновых проб (0,7 против 4,4%) и отмечалось заболевание туберкулезом (0,8 против 5,5%), уменьшалась частота прогрессирования ВИЧ-инфекции (19,2 против 44,3%), была меньше общая летальность (1,0 против 4,8%). Среди привитых против туберкулеза ВИЧ-инфекция развивается позже, чем у детей, не привитых вакциной БЦЖ: в возрасте до 1 года жизни – в 25,2 и 45,0% случаев соответственно, старше двух лет – в 53,9% и 22,5% случаев соответственно.

Заключение

Влияние ВИЧ-инфекции на эпидемический процесс при туберкулезе будет увеличиваться. К 2020 г. среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом ВИЧ-инфекцию могут иметь до 30% больных в целом по России, а в отдельных субъектах РФ – до 40-50%.

По сравнению со средними показателями по России заболеваемость туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения, взятого на учет в 2012 г., в 35 раз больше, показатель распространенности туберкулеза – больше в 32 раза, показатель смертности от туберкулеза – больше в 28 раз. Уровень заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией напрямую связан с уровнем распространения туберкулеза в регионе.

Порядок и сроки проведения периодических осмотров больных ВИЧ-инфекцией для выявления туберкулеза не выполняется, хотя в последние годы отмечается рост охвата осмотрами (2012 г. – 79,4%). Химиопрофилактика туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) проводится только в трети показанных случаев.

В 2012 г. ВААРТ получило 70,4% больных туберкулезом, имеющих поздние стадии ВИЧ-ин-

фекции. Необходимо продолжить организационную работу по созданию специализированных туберкулезных отделений для лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, в том числе хирургическими методами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева О. Б., Скачкова Е. И., Подымова А. С. и др. Эффективность прививок БЦЖ у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей // Соц. аспекты здоровья населения [Эл. науч. ж.]. 2011. № 1 (17). [Интернет]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/272/30/>.
2. Нечаева О. Б., Эйсмонт Н. В. Хирургическая помощь больным туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией // Туб. – 2012. – № 3. – С. 24-30.
3. Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в РФ, утвержденный приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 932н (зарегистрирован в Минюсте РФ 07.03.2013 г. № 27557) [Интернет]. URL: <http://www.kptd.ru/?op=con&mid=56¶m=2,491,1,1> (Дата обращения 29 апреля 2013 г.).
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 25.12.2001 г. № 892 (ред. от 30.12.2005 г.) «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберку-

леза в РФ» [Интернет]. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=57840> (Дата обращения 31 октября 2012 г.).

5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р, утвердившее Государственную программу развития здравоохранения РФ [Интернет]. URL: <http://правительство.рф/gov/results/22177/> (Дата обращения 30 апреля 2013 г.).

6. Эйсмонт Н. В. Эффективность превентивного лечения туберкулеза у больных с глубоким иммунодефицитом при ВИЧ-инфекции // Урал. мед. ж. – 2011. – № 14 (92). – С. 40-45.

7. Эйсмонт Н. В., Скорняков С. Н. Влияние высокоактивной антиретровирусной терапии на эффективность стационарного лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции // Урал. мед. ж. – 2012. – № 5 (97). – С. 143-147.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Нечаева Ольга Брониславовна
ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ,
127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.
Тел./факс: 8 (495) 618-16-51; 8 (495) 619-38-40.
E-mail: nechaeva@mednet.ru

Поступила 03.02.2014

Молекулярно-генетическая диагностика туберкулеза за 1 день

от выделения ДНК до оценки результата

Дозирующее оборудование
и расходные материалы Brand



Центрифуги Hermle

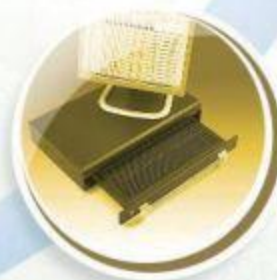


Автоматизация процесса

Комплексное оснащение ПЦР-лаборатории

Качество, проверенное
временем

Ламинарно-поточные
шкафы и ПЦР-боксы Kojair



Сканер для интерпретации
результатов GenoScan Hain



Прибор для выделения
ДНК/РНК GenoXtract Hain



Процессор для гибридизации
продуктов амплификации
GT-Blot 48 Hain

**Технология
диагностики туберкулеза,
рекомендованная ВОЗ,
Женева 2013:**

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78099/1/WHO_HTM_TB_2013.01.eng.pdf

Реклама

Компания «БиоЛайн» – эксклюзивный дистрибьютор Hain Lifescience (Германия) в России и Украине.
Компания «БиоСистемы» – эксклюзивный дистрибьютор Kojair Tech Oy, Hermle Labortechnik GmbH в России и авторизованный дистрибьютор продукции Brand GmbH в России.

197101, Россия, Санкт-Петербург
Петроградская наб., 36 А
тел.: (812) 320 49 49
факс: (812) 320 49 40
e-mail: main@bioline.ru
www.bioline.ru

Москва, тел.: (800) 555 49 40
Новосибирск, тел.: (383) 227 09 63
Екатеринбург, тел.: (343) 287 32 49
Нижний Новгород, тел.: (831) 278 61 47
Ростов-на-Дону, тел.: (863) 268 99 32
Казань, тел.: (843) 570 66 88

ДП «БиоЛайн Украина»
Украина, Киев
тел.: +38 (044) 200 89 37

ООО «БиоЛайн-БС»
Республика Беларусь, Минск
тел.: +37 (517) 399 43 79

Единый бесплатный
номер сервисной
службы для всех
регионов России:
8 800 333 00 49



Группа компаний **БиоЛайн**