

УДК 616.24-002-06:616.98:578.28НIV
DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.4.51-53

Характеристика контингентов больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территории с высокой заболеваемостью туберкулезом

Л.Н. Мотанова¹, М.С. Грабовская², И.В. Фольц³, Ю.М. Скоробач³

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² 1477 Военно-морской клинический госпиталь (690005, г. Владивосток, ул. Ивановская, 4),

³ Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (690041, г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2)

На основании эпидемиологического мониторинга за 2008–2016 гг. дана характеристика контингентов больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территории Приморского края. Используются формы федерального статистического наблюдения. Установлен высокий уровень заболеваемости и распространенности ко-инфекции, свидетельствующий о напряженности эпидемической ситуации. Доказанное лидирующее место парентерального пути ВИЧ-инфицирования определяет значительное количество потребителей психоактивных веществ в контингентах больных ко-инфекцией, приводящее к социальной дезадаптации пациентов. Сложившаяся ситуация требует совместных скоординированных усилий фтизиатров, инфекционистов, специалистов СПИД-центра по предупреждению развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Ключевые слова: ко-инфекция, эпидемиология, Приморский край

Туберкулез (ТБ) и ВИЧ-инфекция относятся к числу социально значимых инфекционных заболеваний, связанных между собой эпидемиологически, патогенетически и клинически. В современной литературе нашли отражение данные об ухудшении эпидемической ситуации по ТБ в мире из-за стремительного нарастания пандемии ВИЧ-инфекции [3, 5, 6]. В то же время отсутствуют исследования по особенностям эпидемиологической характеристики ко-инфекции «ТБ плюс ВИЧ» на территориях с высокой заболеваемостью ТБ. Приморский край занимает лидирующее место в Дальневосточном федеральном округе России по числу случаев ТБ и ВИЧ-инфекции, соответственно – и лидирующее место по их сочетанию [1, 4].

Материал и методы

Проанализированы данные эпидемиологического мониторинга ПКПД с 2008 по 2016 г., который проводился согласно приказу МЗ РФ № 193 от 13.07.1997 г. Используются данные следующих форм федерального статистического наблюдения: форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом», форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», учетная форма № 263/у-ТВ: «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией».

Также анализировались базы данных, сформированные на основе формы № 263/у-ТВ, и программный комплекс, обеспечивающий сбор и обработку данных по вопросам выявления ТБ у ВИЧ-инфицированных.

Изучались заболеваемость и распространенность ТБ, заболеваемость и распространенность ТБ и ВИЧ-инфекции; доля ВИЧ-инфицированных среди впервые выявленных больных ТБ, доля ВИЧ-инфицированных

в контингентах больных ТБ, доля больных ВИЧ/ТБ от числа умерших от ТБ и доля больных ВИЧ/ТБ от числа умерших от других причин,

Результаты исследования

Заболеваемость ТБ в Приморском крае с 2008 по 2016 г., т.е. в течение 8 лет, хотя и снижалась, но оставалась достаточно большой, превышая показатели по стране в целом в 2,4 раза (рис. 1). Заболеваемость ко-инфекцией колебалась от 8,1 до 13,8 на 100 тыс. населения и имела тенденцию к незначительному снижению. В 2008 по 2010 г. она постоянно росла, и только в 2011 г. здесь отмечено незначительное снижение показателей, тем не менее превышавших заболеваемость ТБ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в России (рис. 2). Чаще заболевали мужчины, доля которых превосходила долю женщин в 2,1 раза. Возрастной контингент впервые заболевших ко-инфекцией характеризовался преобладанием лиц трудоспособного возраста – 21–50 лет, среди которых пациенты репродуктивного возраста составили 70%. Отмечена прогностически неблагоприятная тенденция выявления случаев ко-инфекции у лиц 18–20 лет.

В структуре заболеваемости ТБ у ВИЧ-инфицированных преобладали инфильтративные формы (47,7%), на втором месте оказался диссеминированный ТБ легких (23,8%), на третьем – очаговая форма заболевания (11,5%). На прочие формы пришлось 11,8% заболеваемости: экссудативный плеврит – 4,7%, фиброзно-кавернозный ТБ – 3,1%, казеозная пневмония – 0,8% и внелегочный ТБ – 3,2%. Следует подчеркнуть, что заболеваемость фиброзно-кавернозным ТБ среди впервые выявленных больных значительно превышала «норматив», что свидетельствовало о неблагоприятной эпидемической ситуации по ко-инфекции в Приморском крае. У каждого третьего пациента (31,4 %) туберкулезный процесс находился в фазе распада. Наименьшая доля деструктивного ТБ при ко-инфекции

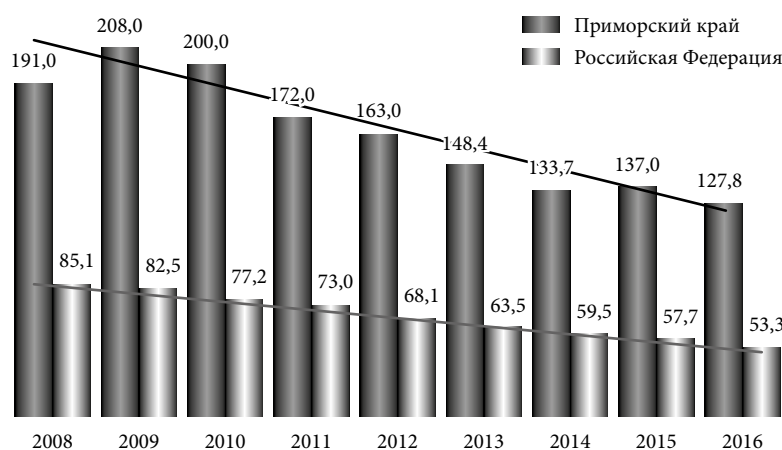


Рис. 1. Заболеваемость ТБ на 100 тыс. населения в 2008–2016 гг.

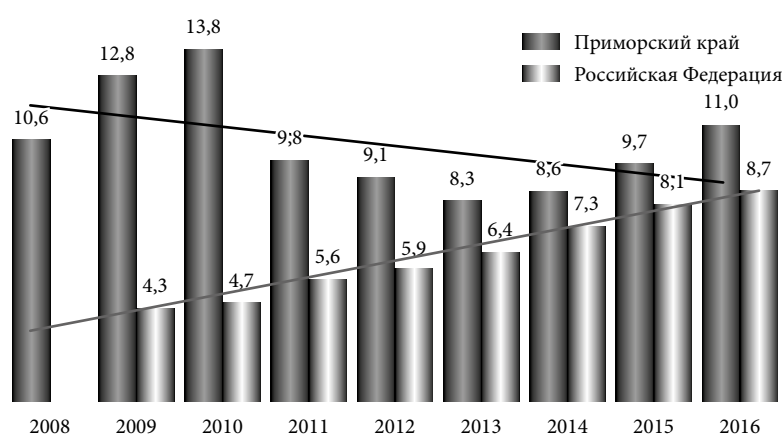


Рис. 2. Заболеваемость ко-инфекцией на 100 тыс. населения в 2008–2016 гг.

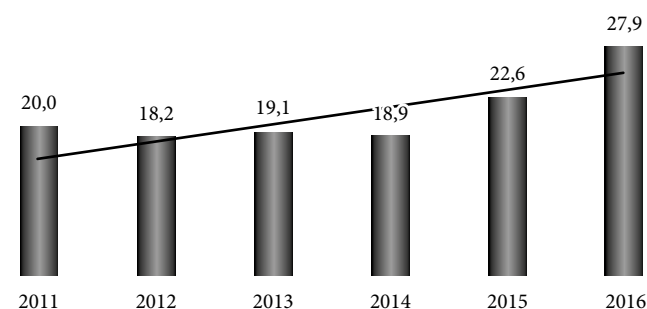


Рис. 3. Распространенность ко-инфекции в Приморском крае на 100 тыс. населения в 2011–2016 гг.

(26,6%) зарегистрирована в 2011 г., наибольшая (38,8%) – в 2008 г. Бактериовыделение в среднем диагностировалось у 60,9% пациентов: наименьшее число бактериовыделителей (53,6%) отмечено в 2010 г., а к 2016 г. этот показатель увеличился в 1,3 раза (67,2%).

Более чем у половины пациентов первично возникла ВИЧ-инфекция, и причиной развития ТБ становился обусловленный ею иммунодефицит. Только в 5,1% случаев ВИЧ-инфекция присоединилась к активному туберкулезному процессу. Довольно часто (36,5% случаев) обе инфекции регистрировались в течение одного года. Чаще ВИЧ-инфицирование происходило парентерально, что определяло значительное количество потребителей психоактивных веществ в контингенте страдавших ко-инфекцией. Вторым по частоте стал половой путь заражения. У каждого

пятого пациента причину заражения ВИЧ-инфекцией установить не удалось. В данной статье анализируется заболеваемость взрослых, однако в Приморском крае отмечены и случаи вертикального заражения, которые определяют неблагоприятный прогноз развития ко-инфекции в регионе. Чаще всего ТБ возникал на 4-й стадии ВИЧ-инфекции, когда продолжается репликация вируса, приводящая к гибели Т-хелперов и развитию на фоне иммунодефицита вторичных (оппортунистических) заболеваний, инфекционных и/или онкологических.

Среди больных ко-инфекцией преобладали неработающие лица, инвалиды и пенсионеры. Подобная тенденция регистрировалась на протяжении всего анализируемого периода, начиная с 2012 г., когда доля данной социальной группы составила 74,7%, и заканчивая 2016 г., когда этот показатель достиг 88,9%. Доля работающих пациентов была весьма существенной и составила в 2008 г. 17%, увеличившись к 2012 г. до 14,5%. В 2015 г. этот показатель снизился до 6,4%, а в 2016 г. достиг 11,1%. Следует подчеркнуть значительное снижение среди заболевших доли служащих ГУФСИН, которая в 2008 г. составила 10,8%, а к 2015 г. снизилась до 2,8%. В 2016 г. случаев заболевания ко-инфекцией среди служащих ГУФСИН не отмечено.

Распространенность ко-инфекции в крае изучалась с 2011 г., и к 2016 г. она выросла в 1,4 раза (рис. 3). Смертность учитывалась с 2010 г., когда каждый десятый больной с ко-инфекцией умирал от ТБ. К 2016 г. этот показатель уменьшился в 1,5 раза. Доля ко-инфицированных, умирающих от других причин, была выше и, снизившись в 2015 г., в к концу срока наблюдения снова выросла, приблизившись к показателям 2010 г. (рис. 4).

Обсуждение полученных данных

Заболеваемость ТБ в Приморском крае за последние 8 лет имеет тенденцию к снижению, но остается на высоких цифрах, превосходя таковую по России. Аналогичная тенденция прослеживается и в эпидемиологии ко-инфекции. Несмотря на снижение показателей, в 2008–2016 гг. заболеваемость сочетанной инфекцией, как и заболеваемость ТБ в крае превышает данные по стране в целом. Прогностически неблагоприятным можно назвать увеличение распространенности ко-инфекции. Подобная тенденция отмечается и в РФ [2].

Возрастно-половая структура заболеваемости неблагоприятна и характеризуется преобладанием мужчин, лиц трудоспособного и репродуктивного возраста, а также тенденцией к выявлению случаев ко-инфекции у лиц 18–20 лет. В клинической структуре заболеваемости ТБ у ВИЧ-инфицированных чаще отмечены инфильтративная и диссеминированная формы, а также

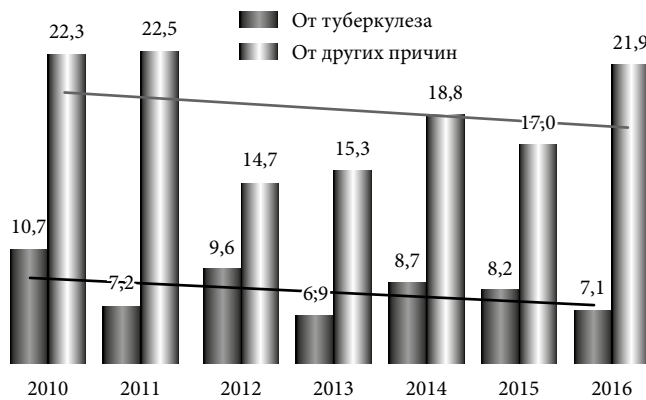


Рис. 4. Доля больных с сочетанием ВИЧ и туберкулеза, умерших в Приморском крае в 2010–2016 гг., %.

значительное число случаев фиброзно-кавернозного ТБ, что свидетельствует о напряженной эпидемической ситуации по ко-инфекции в крае. Данный вывод подтверждается солидной долей процессов с распадом легочной ткани и выделением микобактерий. Доказана важная роль в развитии ТБ у данного контингента иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией. Учитывая высокую инфицированность населения Приморья микобактериями туберкулеза, снижение уровня клеточного иммунитета, связанное с развитием ВИЧ-инфекции, приводит к активации латентной эндогенной инфекции и развитию вторичных форм ТБ.

Парентеральный путь ВИЧ-инфицирования определяет большое количество потребителей психоактивных веществ среди больных ко-инфекцией, что приводит к социальной дезадаптации и создает серьезные трудности для длительной терапии заболевания. Неблагоприятный прогноз ко-инфекции в регионе подтверждается выявлением случаев вертикального пути заражения. Доказанное преобладание 4-й стадии ВИЧ-инфекции, на которой, кроме ТБ, возникают и другие вторичные (оппортунистические) заболевания, усугубляет трудности терапии и обуславливает неблагоприятный прогноз для жизни и здоровья пациентов.

Заключение

В Приморском крае эпидемическая ситуация по ко-инфекции «ВИЧ и ТБ» остается напряженной. Сохраняется высокий уровень заболеваемости, определяются тенденции к преобладанию лиц трудоспособного и репродуктивного возрастов, а также выявлению случаев ко-инфекции у лиц 18–20 лет. Клиническая структура заболеваемости ТБ у ВИЧ-инфицированных характеризуется высокой долей фиброзно-кавернозных поражений, значительной частотой процессов с распадом легочной ткани и выделением микобактерий, что подтверждает справедливость положения о напряженной эпидемической ситуации по этой ко-инфекции в крае. О неблагоприятном прогнозе эпидемической ситуации свидетельствует также увеличение распространенности ко-инфекции в регионе, начиная с 2011 г. Лидирующие позиции парентерального пути ВИЧ-инфицирования определяет большое количество потребителей психоактивных веществ в контингентах больных ко-инфекцией,

приводит к социальной дезадаптации пациентов и затрудняет комплексную терапию заболевания. Сложившаяся ситуация требует совместных скоординированных усилий фтизиатров, инфекционистов и специалистов СПИД-центра по предупреждению развития ТБ у ВИЧ-инфицированных.

Литература / References

1. Мотанова Л.Н., Середя В.Г., Безуглая С.Ю. Эпидемиологические показатели туберкулеза в Приморском крае в 2003–2013 гг. // Туберкулез – глобальная катастрофа человечества: мат. I Международ. заочной научно-практ. конф. Ростов-на-Дону, 2014. С. 241–245.
Motanova L.N., Sereda V.G., Bezuglaya S.Yu. Epidemiological indicators of tuberculosis in Primorsky Krai in 2003–2013 gg // Tuberculosis – global catastrophe of humanity: materials of I International Correspondence Scientific-Practical Conference. Rostov-na-Donu, 2014. P. 241–245.
2. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди лиц с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95, № 3. С. 13–19.
Nechaeva O.B. Tuberculosis epidemic situation among HIV positive people in the Russian Federation // Tuberculosis and Lung Diseases. 2017. Vol. 95, No. 3. P. 13–19.
3. Организация фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией: пособие для врачей / Покровский В.В., Фролова О.П., Кравченко А.В. [и др.]. М., 2002. 39 с.
Organizatsiya ftiziatricheskoy pomoshchi bol'nyim VICH-infekciey: posobie dlya vrachej / Pokrovskij V.V., Frolova O.P., Kravchenko A.V. [et al.]. Moscow, 2002. 39 p.
4. Сотниченко С. А., Скляр Л.Ф., Маркелова Е.В. Современные аспекты ВИЧ-инфекции, ассоциированной с туберкулезом. Владивосток: Дальприбор, 2008. 90 с.
Sotnichenko S. A., Sklyar L.F., Markelova E.V. Sovremennye aspekty VICH-infekcii, associirovannoj s tuberkulezom. Vladivostok: Dalpribor, 2008. 90 p.
5. Aliyu M.H., Salihu H.M. Tuberculosis and HIV coinfection – a symbiotic relationship // European Journal of Medicine. 2004. Vol. 115. P. 685–697.
6. Mazhak K.D., Ivanov G.A. Role of hereditary predisposing factors in development of tuberculosis // Europ. Resp. Journ. 2004. Vol. 24, Suppl. 48. P. 196.

Поступила в редакцию 15.11.2017.

CHARACTERISTICS OF CONTINGENT PATIENTS WITH A COMBINATION OF TUBERCULOSIS AND HIV-INFECTION IN AREAS WITH HIGH INCIDENCE OF TUBERCULOSIS

L.N. Motanova¹, M.S. Grabovskaya², I.V. Folts³, Yu.M. Skorobach³
¹ Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690002 Russian Federation), ² 1477 Naval Clinical Hospital (4 Ivanovskaya St. Vladivostok 690005 Russian Federation), ³ Primorskiy Regional Antituberculosis Dispensary (2 Pyatnadsataya St. Vladivostok 690041 Russian Federation)

Objective. Based on epidemiological monitoring for 2008–2016 the characteristics of contingents of patients with a combination of tuberculosis and HIV infection in the territory of Primorsky territory are given.

Methods. The forms of federal statistical survey were used.

Results. A high incidence and prevalence of co-infection has been established, indicating a tense epidemic situation. The proven leading position of the parenteral route of HIV-infection is determined by a significant number of consumers of psychoactive substances in contingent patients with co-infection leading to social misadaptation of patients.

Conclusions. The current situation calls for joint coordinated efforts of phthisiatrists, infectious disease specialists of the AIDS Center to prevent the development of tuberculosis in HIV-infected patients.

Keywords: co-infection, epidemiology, Primorsky territory