

Анализ смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией на примере региона с высокой распространенностью инфекции

В. Я. Розенберг¹ (rovlad@inbox.ru), Ю. К. Плотникова², Е. Е. Воронин¹

¹ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная больница», Санкт-Петербург

²ГБУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Иркутск

Резюме

Смертность от СПИДа является ключевым индикатором эффективности противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. На примере Иркутской области как региона с высокой поражённостью ВИЧ проведен анализ основных показателей и причин смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией. Показана ключевая роль патологии дыхательной системы (туберкулез, пневмония) в структуре смертности, а также четкое положительное влияние антиретровирусной терапии на развитие СПИДа и выживаемость пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, смертность, туберкулез, пневмония

Analysis Mortality in Patients with HIV-infection on Example of a Region with a High Prevalence of Infection

V. Ya. Rosenberg¹ (rovlad@inbox.ru), Yu. K. Plotnikova², E. E. Voronin¹

Federal Governmental Institution «Republican Clinical Infectious Diseases Hospital», Saint Petersburg

State Budgetary Institution of Public Health «Irkutsk Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases», Irkutsk

Abstract

Relevance The HIV epidemic, registered worldwide since the early 1980s, is currently continuing its development in most countries, and, according to the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS, 2016), covers more than 36 million people (including 1.8 million children) AIDS mortality is a key indicator of the effectiveness of the response to the HIV epidemic. On the example of the Irkutsk region as a region with high lesion, an analysis of the main indicators and causes of death of patients with HIV infection was carried out.

Goal – analysis of the mortality of HIV / AIDS patients by the example of a region with a high degree of defeat in order to determine the key criteria for evaluating activities to reduce the mortality from HIV/AIDS.

Materials and methods An analysis was made of the causes of mortality of patients with HIV infection in the Irkutsk region in 2014–2016, using comparative data of modern domestic and foreign literature (including total mortality), as well as accounting and reporting documentation of the Irkutsk Regional Center for prevention and control of AIDS and infectious diseases.

Results 1. There is an increase in the death rate of HIV-infected people, including those caused by HIV. 2. The increase in mortality practically does not lead to an increase in mortality due to a parallel increase in the number of people living with HIV. 3. The main causes of death from HIV infection (AIDS) are pathologies with primary respiratory system damage: tuberculosis and pneumonia, which requires special attention in developing approaches to diagnosis, recording, treatment and prevention of these diseases, as well as assessing the impact of vaccination of patients with HIV infection against pneumococcus on mortality from pneumonia.

4. The increase in ART coverage of all patient populations contributes to the stabilization of mortality from HIV/AIDS.

Conclusions: the most important for assessing the impact of ongoing efforts of the health system to reduce mortality among HIV-infected patients is the correct registration and diagnosis (including posthumous) of AIDS-indicative diseases, certainly associated with the progression of HIV infection.

Key words: HIV infection, AIDS, mortality, tuberculosis, pneumonia

The key role of the pathology of the respiratory system (tuberculosis, pneumonia) in the structure of mortality is shown, as well as the clear positive effect of antiretroviral therapy on the development of AIDS and the survival of patients with HIV infection.

Введение

Эпидемия ВИЧ-инфекции, регистрируемая в мире с начала 1980-х годов, в настоящее время продолжает свое развитие в большинстве стран, и, по данным Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2016 г.), охватывает

более 36 млн человек (в том числе 1,8 млн детей). Показатель поражённости ВИЧ взрослого населения в мире превысил 0,8%. Из 78 млн болевших ВИЧ-инфекцией за все годы около 35 млн (45%) уже умерли от ее прогрессирования [1]. В связи с этим проблема заболеваемости

и смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией не утратила своей актуальности.

В России в 2016 г. по сравнению с 2015 г. смертность сократилась на 1,2%: в наибольшей степени – от болезней органов дыхания (–7,9%) и внешних причин (–6,5%), в меньшей – от болезней органов пищеварения (–3,4%), от болезней системы кровообращения (–2,6%), от новообразований (–0,6%).

В то же время увеличилось число умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 1,2%) и прочих причин (на 7,0%), включая не установленные [2].

В структуре смертности населения России от всех причин доля ВИЧ-инфекции увеличивается: в 2005 г. она составляла 0,07% в 2014 г. – 0,66%, в 2015 г. – 0,81%. Кроме того, растет смертность от инфекционных и паразитарных болезней за счет ВИЧ-инфекции: в 2005 г. ее доля составила 3,9%, в 2014 г. – 39,1%, в 2015 г. – 45,2%.

По состоянию на 31 декабря 2016 г. общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (по данным персонифицированного учета) достигло 1 114 815 человек. Из них, по данным формы мониторинга Роспотребнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ», умерло по разным причинам 243 863 ВИЧ-инфицированных [4].

ВИЧ-инфекция в молодом трудоспособном возрасте (18–44 года) выходит на одно первых мест в структуре смертности населения России. От ВИЧ-инфекции (данные 2015 г.) в возрасте 18–44 года умирают больше (6,9%), чем от заболеваний органов дыхания (4,0%) и нервной системы (1,9%), ишемической болезни сердца (5,4%), cerebrovascularных болезней (2,9%), туберкулеза (3,1%) [5].

В США ВИЧ-инфекция с 1997 г. не входит в 15 основных причин смерти, однако ее вклад более очевиден в возрастных группах 25–34 лет (8 место), 35–44 года (9 место), 45–54 года (11 место). В динамике наблюдения смертность снижается с 1999 г. со скоростью –6,3% в год, что очевидно связано с успехами охвата и эффективности АРТ [6].

В 2015 г. в России показатель смертности от ВИЧ-инфекции (10,6 на 100 тыс. человек) впервые превысил показатель смертности от туберкулеза (9,2 на 100 тыс. человек) [5].

В 2000 г. смертность от болезней, связанных с ВИЧ, у мужчин была в 5,8 раза выше, чем женщин (0,256 против 0,044 на 100 тыс. человек). В последующие годы различия в смертности от ВИЧ-инфекции по полу сокращались, но до 2012 г. превышение смертности мужчин было, как минимум, втрое [2]. В настоящее время преобладание мужчин сохраняется, но доля женщин быстро растет.

В публикациях, отчетных формах и аналитических обзорах основное значение при анализе смертности от ВИЧ-инфекции придается СПИД-индикаторным заболеваниям, как наиболее

четко отражающим причинную связь смерти с ВИЧ-инфекцией [1, 7–11].

В общей структуре смертности от СПИДа на первом месте стоят причины, связанные с преимущественным поражением дыхательной системы. Практически все оппортунистические инфекции, связанные с активностью бактерий, грибов, вирусов и простейших, имеют точки приложения и манифестацию в легких [1, 6–8, 12–19]. В этом отношении дифференциальная (в том числе посмертная) диагностика поражений легких с учетом их этиологии имеет первостепенное значение для определения правильной тактики лечения пациента с ВИЧ-инфекцией и предотвращения его смерти.

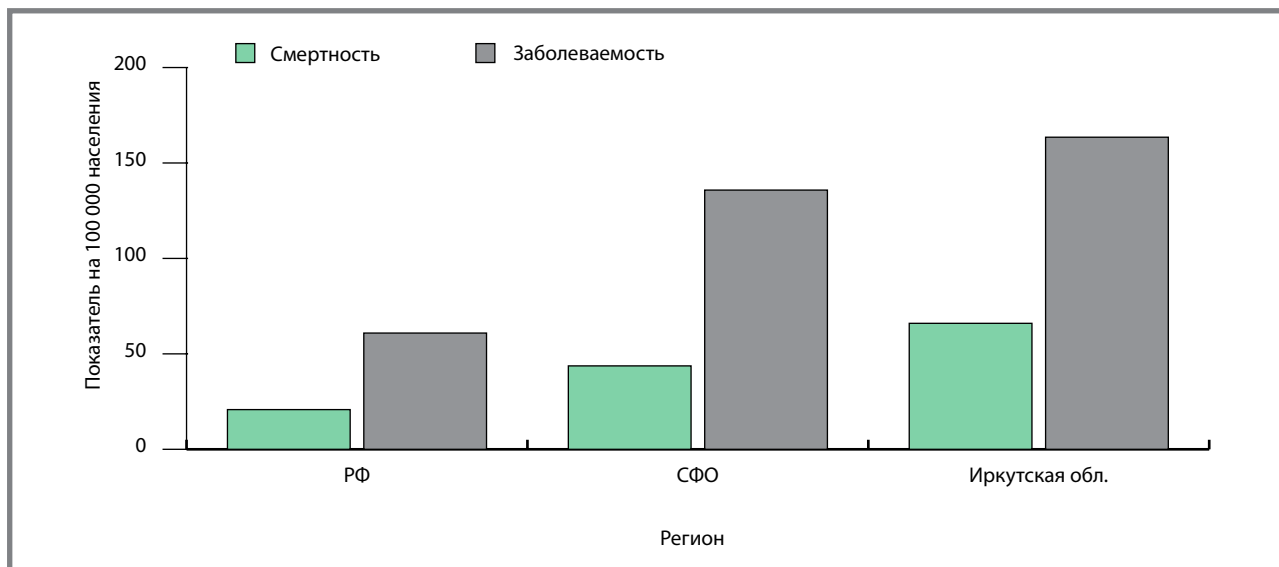
Значительные усилия по расширению доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) и медицинской помощи в мире позволили снизить число умерших от СПИДа с 2005 г. практически вдвое (2005 г. – 2 млн случаев, 2015 г. – 1,1 млн случаев). Указанная закономерность освещена в многочисленных публикациях [7–9, 12, 15–17]. При этом существуют определенные особенности структуры смертности от СПИДа в разных регионах мира. Преобладание африканских регионов среди наиболее пораженных территорий ставит на первое место туберкулез [6]. Такая же тенденция отмечается в регионе Восточной Европы и Центральной Азии, к которому относится и Россия. По данным ВОЗ, до 13% всех случаев туберкулеза в мире (около 1,1 млн. случаев) сочетаются с ВИЧ-инфекцией [15]. Наличие ВИЧ-инфекции значительно повышает риск развития туберкулеза за счет прогрессивного угнетения иммунных механизмов противодействия бактериальной, в том числе туберкулезной инфекции. Однако в некоторых регионах мира, особенно индустриально развитых странах Америки и Западной Европы, структура смертности от СПИДа выглядит несколько по-другому. На первом месте стоит пневмония рецидивирующая или пневмоцистная, тогда как туберкулез занимает лишь 3 место после онкопатологии лимфоидной системы (неходжкинской лимфомы) [9, 18, 20].

Очень важным с точки зрения прогнозирования развития эпидемии представляется анализ причин смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией в регионе РФ с высокой пораженностью населения ВИЧ. К такого рода территории относится Иркутская область, которую характеризуют большое число лиц с ВИЧ, стабильно высокий уровень обследования населения на ВИЧ, рост выявляемости и заболеваемости ВИЧ-инфекцией (рис. 1).

Пристальное внимание государства и общества к росту продолжительности жизни в России, а также определенные успехи по снижению смертности в различных возрастных группах населения [2, 4, 21] требуют более углубленного анализа структуры смертности в каждой отрасли здравоохранения и мер по поиску скрытых резервов для повышения качества медицинской помощи.

Рисунок 1.

Смертность и заболеваемость пациентов с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, Сибирском Федеральном округе и Иркутской области в 2016 году, по данным Роспотребнадзора



Цель нашей работы – анализ смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией/СПИДом на примере региона с высокой пораженностью для определения ключевых критериев оценки мероприятий по снижению смертности от ВИЧ/СПИДа.

Материалы и методы

Был проведен анализ причин смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией в Иркутской области в 2014–2016 гг., с использованием сравнительных данных современной отечественной и зарубежной литературы (в том числе по общей смертности), а также учетно-отчетной документации ГБУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Вычислялись показатели смертности (с расчетом на 100 тыс. населения) и летальности (с вычислением процентной доли от определенного контингента пациентов).

Проводился расчет обобщающих показателей (абсолютных и относительных величин).

Результаты и обсуждение

Иркутская область занимает одно из лидирующих мест в России по смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (69, что в 3 раза превышает российский показатель – 22,3 на 100 тыс. населения в 2016 г.) [2]. Важным для анализа смертности является высокая степень достоверности определения причин смерти (проведение аутопсии не менее чем в 75% случаев ежегодно), что достижимо при хорошем уровне взаимодействия Центра по борьбе со СПИДом со службами патолого-анатомической и судебно-медицинской экспертизы.

Смертность лиц с ВИЧ-инфекцией в Иркутской области с 2014 по 2016 г. выросла на 25% (с 52,6 до 66 на 100 тыс. контингента), однако параллельный рост числа пациентов с ВИЧ-инфекцией

оставил летальность практически стабильной, темп прироста только 6% – с 4,5 (2014 г.) до 4,8% (2016 г.) [22].

Отмечается рост регистрации случаев смерти пациентов с ВИЧ-инфекцией (в 2014 г. – 1276 чел., в 2015 г. – 1366 чел., в 2016 г. – 1592 чел.). При этом доля умерших в текущем году продолжает снижаться – с 70% в 2014 до 54% в 2016 году (остальные – дата смерти в предыдущие годы), что объясняется продолжающейся активной работой по уточнению данных находящихся на Д-учете и информации о «потерянных» пациентах. Доля умерших с прижизненно установленным диагнозом и стадией ВИЧ-инфекции стабильна – 70–72% ежегодно. Доля умерших с проведенной аутопсией – 79% (РФ – 78%).

Анализ ситуации по причинам смертности ВИЧ-положительных лиц в Иркутской области

Отмечен рост смертности от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией (с 44 до 56% за рассматриваемый период), однако эти данные требуют детального анализа, поскольку доля умерших от состояний, связанных со СПИДом, не растет, оставаясь на уровне 32%.

Наиболее частыми причинами смерти стали туберкулез и пневмония. Доля умерших от прогрессирования туберкулеза (ТБ) возросла за 3 года с 33,5 до 39% от всех умерших и в 2016 г. 97% случаев туберкулеза были связаны с ВИЧ-инфекцией (код МКБ-10 В20.0, В20.7). При этом СПИД-индикаторный туберкулез сократился с 73 до 63% от всего ВИЧ-ассоциированного ТБ за рассматриваемый период. Значительно возрос охват АРТ, особенно пациентов, умерших с диагнозом СПИД (с 33 до 45%), что связано с активным выявлением и необходимостью приоритетного взятия на лечение поздно выявленных пациентов, однако в целом большинство умерших от туберкулеза составляют лица, неохваченные АРТ (66% – в 2014 г., 61% – в 2016 г.).

Таблица 1.

Выборочные показатели и причины смертности ВИЧ-позитивных лиц в Иркутской области (2014–2016 гг.)

№	Показатель	2014 г.	2015 г.	2016
1	Число зарегистрированных живых ВИЧ+	28 632	30 871	33 370
2	Умерло ВИЧ+	1276	1366	1592
3	в т.ч. от ВИЧ-инфекции, чел.	562	695	890
4	в т.ч. от ВИЧ-инфекции, %	44	50,9	55,9
5	в т.ч. от СПИДа, чел.	405	495	516
6	в т.ч. от СПИДа, %	31,7	36,2	32,4
7	смертность, на 100 тыс. чел.	52,6	56,6	66
8	летальность, %	4,5	4,4	4,8
По причинам смерти				
9	От прогрессирования туберкулеза, чел.	427	540	615
10	От прогрессирования туберкулеза, %	33,5	39,5	38,6
11	в т.ч. от ВИЧ-ассоциированного ТБ, чел.	399	512	598
12	в т.ч. от ВИЧ-ассоциированного ТБ, %	93,4	94,8	97,2
13	в т.ч. получали АРТ (из строки 11), чел.	134	186	231
14	в т.ч. получали АРТ (из строки 11), %	33,6	36,3	38,6
15	от туберкулеза как проявления СПИД, чел.	292	376	376
16	от туберкулеза как проявления СПИД, %	73,2	73,4	62,9
17	в т.ч. получали АРТ (из строки 15), чел.	95	151	168
18	в т.ч. получали АРТ (строка 15), %	32,5	40,2	44,7
19	От пневмонии, чел.	140	130	173
20	От пневмонии, %	11	9,5	10,9
21	В т.ч. ВИЧ-ассоциированные, чел.	43	57	135
22	В т.ч. ВИЧ-ассоциированные, %	30,7	43,8	78
23	Пневмонии, связанные со СПИД, чел.	34	47	51
24	Пневмонии, связанные со СПИД, %	79,1	82,5	37,8
25	В т.ч. Пневмоцистная	23	30	35
26	В т.ч. ЦМВ	1	1	0
27	Получали АРТ (из строки 21), чел.	14	14	33
28	Получали АРТ (из строки 21), %	32,6	24,6	24,4
29	Пневмонии, не связанные с ВИЧ, чел.	97	73	38
30	От онкопатологии, чел.	50	65	57
31	От онкопатологии, %	3,9	4,8	3,6
32	в т.ч. от ВИЧ-ассоциированной, чел.	23	25	32
33	в т.ч. от ВИЧ-ассоциированной, %	46	38,4	56,1
34	из них лимфомы, чел.	16	20	16
35	из них рак шейки матки, чел.	4	3	6
36	из них саркома Капоши, чел.	3	2	5
37	в т.ч. получали АРТ (из строки 30), чел.	21	25	29
39	в т.ч. получали АРТ (из строки 32), чел.	11	14	18

№	Показатель	2014 г.	2015 г.	2016
40	в т.ч. получали АРТ (из строки 32), %	47,8	56	56,3
41	От поражений печени (гепатит, цирроз), чел.	67	106	79
42	от поражений печени (гепатит, цирроз), %	5,3	7,8	5
43	в т.ч. от цирроза, чел.	59	95	69
44	в т.ч. от цирроза, %	88,1	89,6	87,3
45	в т.ч. получали АРТ (из строки 41), чел.	14	19	24
46	в т.ч. получали АРТ (из строки 41), %	20,9	17,9	30,4
47	От внешних причин (асфиксия, травма, суицид, отравления), чел.	97	126	75
48	от внешних причин, %	7,6	9,2	4,7

На втором месте в качестве причины смерти находятся пневмонии различной этиологии, их доля достаточно стабильна и держится на уровне 11%. При этом наблюдается растущая динамика ассоциации пневмоний с ВИЧ-инфекцией (31% – в 2014 г., 78% – в 2016 г.), связанная в первую очередь со статистическими особенностями современного учета смерти от пневмонии на фоне ВИЧ-инфекции. В связи с этим более объективным является показатель СПИД-индикаторных пневмоний (основную причину которых представляет пневмоциста), доля которых падает. Важность диагностики пневмоний возрастает и становится значительной для назначения своевременного лечения и профилактики, а как итог – снижения смертности у ВИЧ-инфицированных пациентов. В этом отношении, помимо АРТ, большую роль может сыграть вакцинация от пневмококковой инфекции, которая включена в международные и российские клинические рекомендации по ВИЧ-инфекции. Американское общество инфекционных болезней (IDSA) рекомендует всем пациентам в возрасте 19 лет и старше независимо от уровня CD4-клеток получить одну дозу 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины. Через 8 недель возможно введение 23-валентной пневмококковой полисахаридной вакцины и второй дозы – через 5 лет [23]. Российские эксперты также придерживаются данной схемы вакцинации от пневмококковой инфекции для ВИЧ-инфицированных пациентов.

Охват АРТ среди умерших от пневмонии не превышает 25%, наблюдается та же закономерность, что и при туберкулезе, что в очередной раз доказывает важную роль охвата АРТ для борьбы со смертностью от ВИЧ-инфекции.

Также проанализирована еще одна серьезная проблема, часто приводящая ВИЧ-инфицированных к смерти – онкопатология. Доля ее среди всех причин смерти невелика – около 5% ежегодно, и около половины всех умерших погибли от ВИЧ-ассоциированных опухолей, лидером среди которых является лимфома; 2 и 3 место делят рак шейки матки и саркома Капоши. АРТ ежегодно получали около 50% умерших.

От других причин (не связанных с ВИЧ-инфекцией) умерло 413 чел. (27%), из них состояли на «Д» учете – 289 человек (70%), не состояли – 124 человека (30%).

От неуточненных причин умерло 284 человека (18%), из них состояли на «Д» учете – 132 человека (46,5%), не состояли – 152 человека (53,5%) (рис. 2).

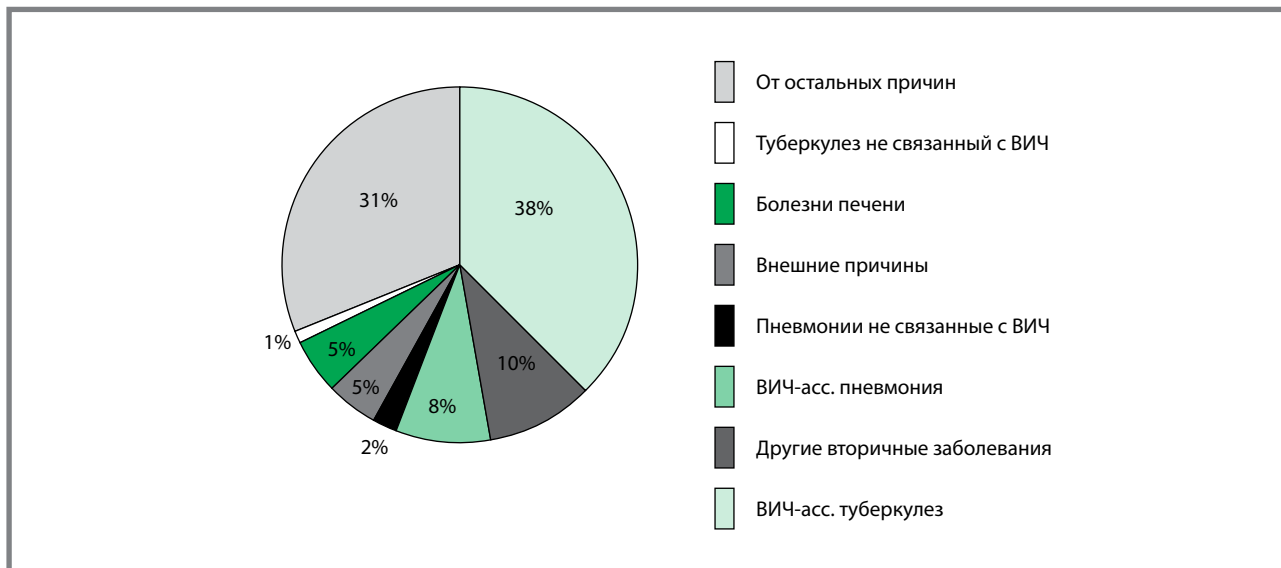
Анализ смертности среди лиц, находившихся на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ-инфекция

Возросла доля умерших от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией (2014 г. – 42%, 2015 г. – 55%, 2016 г. – 60%, рост практически в полтора раза. При этом доля умерших от состояний, относящихся к СПИДу, выросла за 3 года значительно меньше – с 30 (259 из 847 чел.) до 34% (361 из 1077 чел.), прирост +13%), и в структуре смертей от ВИЧ-инфекции доля СПИДа быстро снижается – с 72 (2014 г.) до 55% (2016 г.), темп снижения – 24%. Это может быть объяснимо значительным увеличением применения кодов МКБ В20-24 как причины смерти при различных патологиях у ВИЧ-инфицированных, в т.ч. при пневмонии, сепсисе и туберкулезе.

Основной причиной смерти от ВИЧ-инфекции остается туберкулез, однако его доля также постепенно снижается – с 73 (2014 г.) до 66% (2016 г.). Эта ситуация отражает медленно накапливающуюся позитивную динамику усилий по лечению и изменению подходов к химиопрофилактике туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Летальность в диспансерной группе

Достаточно стабильна и держится около показателя 4% летальность в группе ВИЧ-инфицированных, находящихся в диспансерной группе: в 2014 г. – 4%, в 2015 г. – 3,8%, в 2016 г. – 4,1% (рис. 3). Однако, если учитывать АРТ, картина уточняется: стабильность показателя летальности обусловлена группой пациентов, получавших АРТ (2014 г. – 3,5%, 2015 г. – 3,6%,

Рисунок 2.**Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией в Иркутской области в 2016 году****Рисунок 3.****Некоторые показатели летальности по Российской Федерации, Сибирскому Федеральному округу и Иркутской области в 2016 году**

2016 г. – 3,6%), тогда как летальность в группе лиц, не получавших АРТ, практически в 2 раза выше и продолжает расти (2014 г. – 6,4%, 2015 г. – 6,5%, 2016 г. – 7,1%). Серьезность влияния АРТ на летальность от СПИДа в диспансерной группе лиц, получавших антиретровирусное лечение, демонстрирует устойчивое снижение летальности (2014 г. – 1,9%, 2015 г. – 1,8%, 2016 г. – 1,7%, темп снижения – 10%). При этом доля получавших АРТ из всех умерших (2014 г. – 18%, 2015 г. – 22%, 2016 г. – 24%, темп роста +33%) не является ключевым показателем для анализа, поскольку его постоянный рост отражает лишь активный охват АРТ «поздних» пациентов с тяжелыми вторичными заболеваниями, низким иммунным статусом, а также пациентов,

нарушающих режим приема препаратов, что приводит к неэффективности АРТ.

Основными факторами, которые влияют на уровень смертности от ВИЧ-инфекции пациентов, находящихся на диспансерном учете и принимающих АРТ, становятся: малая продолжительность назначенного курса АРТ, не успевающего стабилизировать состояние пациента с тяжелыми вторичными заболеваниями (до 6 месяцев), плохая приверженность назначенной схеме (пропуски приема препаратов, неполная супрессия вируса, незавершенность мероприятий по повышению приверженности к лечению).

В целом смертность от причин, не ассоциированных с ВИЧ, среди умерших пациентов диспансерной группы также остается значительной

(2016 г. – 38,3%), основными из них являются сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени и желчных путей, насильственные причины.

Выводы

1. Отмечается рост смертности ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией.
2. Рост смертности практически не приводит к росту летальности в связи с параллельным увеличением числа лиц, живущих с ВИЧ.
3. Основными причинами смерти от ВИЧ-инфекции (СПИДа) являются патологии с преимущественным поражением дыхательной системы: туберкулез и пневмония, что требует особого внимания при разработке подходов к диагностике, учету, лечению и профилактике данных заболеваний, а также к оценке влияния вакцинации пациентов с ВИЧ-инфекцией против указанных патологий на смертность.

4. Рост охвата АРТ всех контингентов пациентов способствует стабилизации смертности от заболеваний, связанных со СПИДом.

Важнейшими для оценки влияния предпринимаемых усилий системы здравоохранения на снижение смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов являются правильный учет и диагностика (в том числе посмертная) СПИД-индикаторных заболеваний, безусловно связанных с прогрессированием ВИЧ-инфекции.

Статья подготовлена при финансовой поддержке компании ООО «Пфайзер Инновации». В статье выражена позиция авторов, которая может отличаться от позиции ООО «Пфайзер Инновации».

Pfizer provided financial support to an author for the development of the manuscript. The author's opinion could differ from the official position of the company.

Литература

1. Fact sheet – latest statistics on the status of the AIDS epidemic. UNAIDS. 2016. Доступно на: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
2. Шербакова Е. М. Россия: предварительные демографические итоги 2016 года (часть II). Демоскоп Weekly. 2017; 717–718.
3. Онуфриенко Ю. И. Изучение основных причин смертности населения РФ. Стратегия устойчивого развития регионов России. 2016; 30: 131–133.
4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году». Доступно на: http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=8345.
5. Нецаева О. Б. Смертность от инфекционных социально-значимых заболеваний в России. Медицинский Алфавит. Эпидемиология и гигиена. 2016; 32 (2): 31–36.
6. Kenneth D., Kochanek M. A., Murphy S. L., Xu J., Tejada-Vera B. Deaths: Final data for 2014. Division of vital statistics, NVSS, Volume 65, Number 4.
7. Luo B., Sun J., Cai R., Shen Yi., Liu L., Wang J. et al. Spectrum of Opportunistic Infections and Risk Factors for In-Hospital Mortality of Admitted AIDS Patients in Shanghai. Medicine (Baltimore). 2016 May; 95 (21): e3802.
8. Mor Z., Sheffer R., Chemtob D. Causes of death and mortality trends of all individuals reported with HIV/AIDS in Israel, 1985–2010. J Public Health (Oxf). 2017 Jun 17:1–9. doi: 10.1093/pubmed/idx039.
9. Simmons R. D., Simmons R. D., Ciancio B. C., Kall M. M., Rice B. D., Delpech V. C. Ten-year mortality trends among persons diagnosed with HIV infection in England and Wales in the era of antiretroviral therapy: AIDS remains a silent killer. HIV Medicine (2013). 14: 596–604.
10. UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS // GUIDANCE. Доступно на: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf.
11. Català L. Survival of a large cohort of HIV-infected tuberculosis patients in the era of highly active antiretroviral treatment. Int J Tuberc Lung Dis. 2011 Feb; 15 (2): 263–9.
12. Климова Н. В., Климова Н. В., Гаус А. А., Шурыгина И. Л., Зинченко О. А., Крысан У. Б. Патология лёгких при ВИЧ-инфекции. Вестник СУРГУ. 2013; 11 (15): 10–15.
13. Рассохин В. В., Беляков Н. А., Розенталь В. В., Леонова О. Н., Пантелеева О. В. Вторичные и соматические заболевания при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014; 6 (1): 7–18.
14. Скороходова Н. О., Разнатовская Е. Н., Ясинский Р. Н. Дифференциальная диагностика поражения легких у ВИЧ-инфицированных. Запорожский Медицинский Журнал. 2013; 4 (79): 35–38.
15. Bisson G. P., Zetola N., Ronald G., Collman R. G. Persistent high mortality in advanced HIV/TB despite appropriate antiretroviral and antitubercular therapy: an emerging challenge. Curr. HIV/AIDS Rep. 2015 Mar; 12 (1): 107–116.
16. Huang L., Crothers K. HIV-associated Opportunistic Pneumonias. Respiriology. 2009 May; 14 (4): 474–485.
17. Masur H. HIV-Related Opportunistic Infections Are Still Relevant in 2015. Top Antivir Med. 2015 Aug–Sep; 23 (3): 116–9.
18. Rylance J., Mchugh G., Metcalfe J., Mujuru H., Nathoo K., Wilmore S. et al. Chronic lung disease in HIV-infected children established on antiretroviral therapy. AIDS. 2016 Nov 28; 30 (18): 2795–2803.
19. Taarnhøj G. A., Engsig F. N., Ravn P., Johansen I. S., Larsen C. S., Røge B., Andersen A. B. et al. Incidence, risk factors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995–2007. BMC Pulm Med. 2011; 11: 26.
20. Fitzpatrick M., Brooks J. T., Kaplan J. E. Epidemiology of HIV-Associated Lung Disease in the United States. Semin. Respir. Crit. Care Med. 2016 Apr; 37 (2): 181–98.
21. Комментарий прес-службы Минздрава России от 8 августа 2017 года. Доступно на: <https://www.rosminzdrav.ru/special/news/2017/08/08/5916-kommentariy-press-sluzhby-minzdrava-rossii>.
22. Формы федеральной статистической отчетности № 61 по России (2014–2015 гг.), Иркутской области (2014–2016 гг.).
23. Rubin L.G., Levin M. J., Jungman P., Davies E. G., Avery R., Tomblyn M. et al. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. Clinical Infectious Diseases. 2014; 58 (3): 309–18. doi: 10.1093/cid/cit816.

References

1. Fact sheet – latest statistics on the status of the AIDS epidemic. UNAIDS. 2016. Available at: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
2. Scherbakova E. M. Russia: preliminary demographic results for 2016 (part II). Demoskop Weekly. 2017; 717–718 (in Russian).
3. Onufrienko Y. I. Study of the main causes of mortality in the Russian Federation. Strategy of sustainable development of Russian regions. 2016; 30: 131–133 (in Russian).
4. State report «On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2016». Available at: http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=8345 (In Russian).
5. Nechaeva O. B. Mortality from infectious socially significant diseases in Russia. Medical Alphabet. Epidemiology and Hygiene. 2016; 32 (2): 31–36 (in Russian).
6. Kenneth D., Kochanek M. A., Murphy S. L., Xu J., Tejada-Vera B. Deaths: Final Data for 2014. Division of Vital Statistics, NVSS, Volume 65, Number 4.
7. Luo B., Sun J., Cai R., Shen Yi., Liu L., Wang J. et al. Spectrum of opportunistic infections and risk factors for in-hospital mortality of admitted AIDS patients in Shanghai. Medicine (Baltimore). 2016 May; 95 (21): e3802.
8. Mor Z., Sheffer R., Chemtob D. Causes of death and mortality trends of all individuals reported with HIV/AIDS in Israel, 1985–2010. J. Public Health (Oxf). 2017 Jun 17:1–9. doi: 10.1093/pubmed/idx039.

9. Simmons R. D., Simmons R. D., Ciancio B. C., Kall M. M., Rice B. D., Delpech V. C. Ten-year mortality trends among persons diagnosed with HIV infection in England and Wales in the era of antiretroviral therapy: AIDS remains a silent killer. *HIV Medicine* (2013). 14: 596–604.
10. UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. GUIDANCE. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf.
11. Català L. Survival of a large cohort of HIV-infected tuberculosis patients in the era of highly active antiretroviral treatment. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2011 Feb; 15 (2): 263–9.
12. Klimova N. V., Klimova N. V., Gauss A. A., Shurygina I. L., Zinchenko O. A., Krysan U. B. Pathology of the lungs in HIV infection. *Newsletter SURGU*. 2013. 11 (15): 10–15 (in Russian).
13. Rassohin V. V., Belyakov N. A., Rozental V. V., Leonova O. N., Panteleeva O. V. et al. Secondary and somatic diseases in HIV infection. *HIV infection and immunosuppressions*. 2014. 6 (1): 7–18 (in Russian).
14. Skorokhodova N. O., Raznatovskaya E. N., Yasinskiy R. N. Differential diagnosis of pulmonary disease in HIV-infected people. *Zaporozhsky Medical Journal*. 2013. 4 (79): 35–38 (in Russian).
15. Bisson G. P., Zetola N., Ronald G., Collman R. G. Persistent High Mortality in Advanced HIV/TB Despite Appropriate Antiretroviral and Antitubercular Therapy: An Emerging Challenge. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015 Mar; 12 (1): 107–116.
16. Huang L., Crothers K. HIV-associated opportunistic pneumonias. *respirology*. 2009 May; 14 (4): 474–485.
17. Masur H. HIV-Related Opportunistic Infections Are Still Relevant in 2015. *Top. Antivir. Med.* 2015 Aug-Sep; 23 (3): 116–9.
18. Rylance J., Mchugh G., Metcalfe J., Mujuru H., Nathoo K., Wilmore S. et al. Chronic lung disease in HIV-infected children established on antiretroviral therapy. *AIDS*. 2016 Nov 28; 30 (18): 2795–2803.
19. Taarnhøj G. A., Engsig F. N., Ravn P., Johansen I. S., Larsen C. S., Røge B., Andersen A. B. et al. Incidence, risk factors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995–2007. *BMC Pulm Med.* 2011; 11: 26.
20. Fitzpatrick M., Fitzpatrick M., Brooks J. T., Kaplan J. E. Epidemiology of HIV-Associated Lung Disease in the United States. *Semin. Respir. Crit. Care Med.* 2016 Apr; 37 (2): 181–98.
21. Commentary by the press service of the Ministry of Health of Russia on August 8, 2017. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/special/news/2017/08/08/5916-kommentariy-press-sluzhby-minzdrava-rossii> (in Russian).
22. Forms of federal statistical reporting No. 61 for Russia (2014–2015), Irkutsk region (2014–2016) (in Russian).
23. Rubin L. G., Levin M. J., Ljungman P., Davies E. G., Avery R., Tomblyn M. et al. 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host *Clinical Infectious Diseases Advance Access published December 4, 2013*.

ИНФОРМАЦИЯ ВОЗ

Низкий охват вакцинацией против сезонного гриппа в Европе

Совместное заявление ЕРБ ВОЗ/ECDC. Пресс-релиз от 7.02.2018 г. (с сокращениями).

В Европейском регионе ВОЗ (ЕРБ/ВОЗ) в эпид-сезоны гриппа 2008/2009–2014/2015 гг. существенно сократился охват вакцинацией против гриппа лиц из групп риска. Половина стран ЕРБ/ВОЗ сообщали и о сокращении запаса вакцин. Таковы результаты первого комплексного обзора ЕРБ/ВОЗ и Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC) ситуации с охватом вакцинацией против сезонного гриппа в Европейском регионе. Эти организации считают, что низкий охват вакцинацию против сезонного гриппа в Европе может осложнить оказание населению необходимой помощи в случае следующей пандемии.

Д-р Z. Jakab, директор ЕРБ/ВОЗ настоятельно призывает страны Европейского региона расширить охват вакцинацией, с тем чтобы достичь цели – 75% охвата пожилого населения и других лиц из групп риска прививками против гриппа.

Результаты обзора, в основу которого легли данные Европейского проекта нового интегрированного сотрудничества в области вакцин (VENICE III) и обзорных исследований ВОЗ, нашли отражение в рецензируемой научной статье, которая опубликована в журнале «Vaccine» в январе 2018 г. По мере того, как сезон гриппа 2017–18 гг. достигает своего пика в Западной Европе, в ряде стран наблюдается стремительное увеличение числа случаев неблагоприятного исхода гриппа. По данным Проекта по общеевропейскому мониторингу избыточной смертности (EuroMOMO), некоторые страны сообщают об аномально высокой смертности среди людей старшего возраста.

Согласно подсчетам ВОЗ и ее партнеров, в ЕРБ/ВОЗ более 44 000 человек ежегодно умирают от респираторных заболеваний, обусловленных сезонным гриппом, на глобальном уровне – до 650 000 человек. Как свидетельствуют результаты ежегодного обзорного исследования, финансируемого ECDC и ВОЗ, хотя 34 000 этих случаев смерти (более 75%) в Европе приходится

на долю людей в возрасте 65 лет или старше, охват вакцинацией этой группы населения остается низким. В половине стран ЕРБ/ВОЗ прививаются менее трети лиц старшего возраста.

В группы риска входят также лица, страдающие хроническими заболеваниями, однако в большинстве стран в этой группе охват вакцинацией не достигает и 40%. Почти во всех странах рекомендуется вакцинировать против гриппа работников здравоохранения, но, по отчетам большинства стран, охват прививками составил лишь 40%. В эпидсезон 2014–2015 гг. в общей сложности 90% стран рекомендуют вакцинацию беременным женщинам (до пандемии вируса гриппа A(H1N1) в 2009 г. – только 40% стран), но охват в целом оказывается очень низким (половина стран сообщила о 10% охвате). В менее чем половине стран, большей частью расположенных в Восточной Европе, советуют вакцинировать против гриппа маленьких детей – охват же вакцинацией находится в диапазоне от 1 до 80%.

Существует ряд ситуационно-обусловленных факторов, влияющих на охват вакцинацией. В странах Региона с ограниченными ресурсами, где грипп может не относиться к числу заболеваний, требующих приоритетного внимания; низкий охват является следствием ограниченных возможностей для закупки вакцин.

В тех случаях, когда вакцины доступны, охват низкий или сниженный по таким причинам, как отсутствие настороженности по отношению к гриппу и недоверие к вакцинам или органам здравоохранения, отсутствие рекомендаций со стороны медицинских работников или ограничения в доступе к вакцинации, включая необходимость платить за прививки из собственных средств.

Для эффективного устранения пробелов в охвате иммунизацией необходимо понять, каковы барьеры находятся на пути к вакцинации.

Источник: <http://www.euro.who.int/>