

**ПЕРМСКИЙ КРАЕВОЙ ЦЕНТР
по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями**

ВЕСТНИК

№ 1 (55)



Пермь, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| СТАТИСТИКА, АНАЛИЗ | 3 |
| Сравнительный анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории Пермского края за 2012 год, основные показатели выполнения ПНП «Здоровье» | 3 |
| Состояние распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией в г. Перми и крае за 2012 год. | 5 |
| Основные показатели выполнения Приоритетного национального проекта "Здоровье" по разделу "ВИЧ-инфекция" на территориях Пермского края за 2012 год | 7 |
| Информационный бюллетень № 50 по эпидситуации в Приволжском федеральном округе, форма № 4 за 2012 год (по данным Нижегородского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной Приволжского окружного центра Минздрава России по профилактике и борьбе со СПИД) | 9 |
| Справка. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации за 2012 год. Количество инфицированных ВИЧ, зарегистрированных на территориях России на 31.10.2012 г., исключая детей с неустановленным диагнозом (предварительные данные по состоянию на 22.11.2012 г.). (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД)..... | 19 |
| ЭПИДНАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ | 29 |
| Анализ проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у медицинских работников ЛПУ Пермского края за 2012 г. | 29 |
| ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ: | 32 |
| Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных больных | 32 |
| АНТИ-СПИД КАЛЕЙДОСКОП (по материалам Интернет) | 33 |
| ОБЪЯВЛЕНИЯ | 40 |

« В Е С Т Н И К » - журнал*

Издатель: ГКУЗ Пермского края «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Редактор: Лузин П.М.

Члены издательского совета: Юрганова Г.А., Овчинников К.В., Иванова Э.С.,
Гибадулин Р.Г., Зырянова А.Р., Пустосмехов Д.С.

Компьютерный набор и верстка материалов: Родионовская Н.В.

Тираж: 200 экз.

АДРЕС ДЛЯ ПИСЕМ: 614088 г. Пермь, ул. Связева, 21.

ТЕЛЕФОН ДЛЯ СПРАВОК: (342) 227-58-62; ФАКС: (342) 223-71-30.

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: aidscentr@mail.ru.

апрель 2013 г.

*При перепечатке ссылаться на «Вестник».
По краю «Вестник» распространяется бесплатно.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ ЗА 2012 ГОД,
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПНП «ЗДОРОВЬЕ»**

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, в том числе и Пермском крае, продолжает оставаться напряженной.

В 2012 году в Пермском крае вновь выявлено 2453 случая ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 93,1 (8 ранговое место по РФ) против 87,1 в 2011 году.

Показатель заболеваемости в 1,9 раза превышает показатель Российской Федерации (48,8 на 100 тыс. населения) и в 1,8 раза Приволжского федерального округа (53,6 на 100 тыс. населения). Темп прироста составил 4,3 %, в среднем по Российской Федерации – 12,0 %, Приволжскому федеральному округу – 9,9%.

За весь период регистрации ВИЧ-инфекции на территории Пермского края зарегистрировано 17595 случаев ВИЧ-инфекции, всего лиц живущих с ВИЧ/СПИД - 15580 человек, показатель распространенности составляет 591,5 на 100 тыс. населения (12 место среди регионов РФ). Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в среднем по Приволжскому федеральному округу в 2012 году составил 441,7 на 100 000 населения, по Российской Федерации – 433,8 на 100 000 населения.

Из 41 административной территории региона на 20 (48,7%) произошел подъем заболеваемости, на 5 (12,1%) заболеваемость осталась на прежнем уровне, на 16 (39,2%) – снизилась.

Город Пермь по количеству вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции занимает лидирующее положение – выявлено 1253 случая, что составляет более 51% от всех выявленных случаев в регионе. Наиболее высокий показатель заболеваемости отмечается в Орджоникидзевском (152,9 на 100 тыс. населения, вновь выявлено 169 случаев), Кировском (142,2 на 100 тыс. населения, 175 новых случаев) и Дзержинском (141,7 на 100 тыс. населения, 212 новых случаев) районах города. Территориями риска заболеваемости ВИЧ-инфекцией являются города - Пермь, Березники, Краснокамск и Усольский район, где заболеваемость превышает краевой уровень в 1,5-1,9 раза.

Основной причиной распространения ВИЧ-инфекции в Пермском крае является продолжающееся распространение ВИЧ-инфекции в сформировавшейся популяции потребителей наркотических веществ. Парентеральный путь инфицирования при внутривенном употреблении наркотических веществ составил 52,8% (РФ - 56,4%), в 2011 году – 63,3%. Удельный вес ВИЧ-инфицированных, заразившихся половым путем в 2012 году – 45,5% (РФ – 41,7%), в 2011 году – 35,2%.

Средний возраст выявленных ВИЧ-инфицированных в 2012 г. по сравнению с 2011 г. возрос с 30,2 до 31,1 лет.

В половой структуре ВИЧ-инфицированных к концу 2012 года преобладали мужчины, их доля составила более 59 % (РФ – 63,8%). Соотношение мужчин к женщинам в 2012 году составило 1,5 к 1,0.

В социальной структуре заболевших, как и в прошлом году, лидирующую позицию занимает неработающее население – 59,6% (в 2011 г. – 66,3%).

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди студентов ВУЗов и общеобразовательных учреждений составила 1,73%.

За весь период регистрации родилось 2426 детей с перинатальным контактом, из них в 2012 г. – 434. Диагноз ВИЧ-инфекция установлен 98 детям. В результате мероприятий, проводимых в крае по реализации ПНП «Здоровье», частота перинатальной передачи ВИЧ от матери к ребенку на 01.01.13 г. составила 4 %, а по РФ в среднем 8 %, Приволжскому федеральному округу – 7,4%.

За весь период наблюдения зарегистрировано 2015 случаев смерти среди ВИЧ-инфицированных, что составило – 11,4 % от общего числа выявленных. В 2012 году умерло 417 ВИЧ-инфицированных, что на 42,3% выше, чем в прошлом году (в 2011 году умерло 293 ВИЧ-инфицированных). Ведущими причинами смерти ВИЧ-инфицированных пациентов в 2012 году являются: туберкулез, заболевания органов дыхания, болезни системы кровообращения, случайные отравления и воздействие ядовитых веществ.

Анализ реализации ПНП «Здоровье» за 2012 год

На территориях края диспансерному наблюдению в 2012 г. с учетом лиц, находившихся в местах лишения свободы, подлежали 15924 ВИЧ-инфицированных, охвачено 14474 пациентов. Охват диспансерным наблюдением по краю составил 90,9 %.

В 2012 году обследовано на ВИЧ-инфекцию 429308 человек, что составило 119,3 % от плана.

Охват антиретровирусной терапией и терапией вирусных гепатитов ВИЧ-инфицированных составил 100,0 %.

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку в 2012 году проведена в 100 % случаев. Плановая химиопрофилактика составила 85,5 % и 14,5 % экстренная.

Таким образом, в Пермском крае в 2012 г. наблюдалось ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции. Сохранялся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, увеличилось общее число ВИЧ-инфицированных и количество случаев смерти среди них, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. Наблюдалась тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ, при отсутствии стабилизации эпидемии среди наркопотребителей. Это означает, что организационные и профилактические мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции не направлены на основные движущие силы эпидемии, осуществляются на недостаточном уровне и не позволяют добиться ощутимых результатов в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции. Ситуация требует активного вмешательства со стороны органов здравоохранения и других вовлеченных в проблему организаций. Первоочередной задачей противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции является обеспечение эффективной работы в области профилактики ВИЧ-инфекции среди населения, в особенности работы среди уязвимых групп (потребители инъекционных наркотиков, коммерческие сексработники).

Задачи на 2013 год по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа в крае и реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье»

В связи с напряженной эпидемиологической ситуацией начальникам управлений здравоохранения, главным врачам районов необходимо просить глав администраций территорий вынести на рассмотрение МВК, СПК следующие вопросы:

- необходимо провести на территориях заседания межведомственных комиссий с анализом эпидситуации, эффективности проводимых мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД;
- организовать работу по профилактике ВИЧ-инфекции в трудовых коллективах, а также принять меры по борьбе с дискриминацией работников, живущих с ВИЧ;
- обеспечить поддержку негосударственных общественных организаций, осуществляющих мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании в крае;
- активизировать на территориях края работу по профилактике ВИЧ-инфекции с широким использованием средств массовой информации;
- обеспечить профилактику вертикального пути инфицирования ВИЧ в 100 % случаев;
- достичь не менее 80 % охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных с обязательным проведением лабораторных исследований на иммунный статус и вирусную нагрузку (ПЦР);
- охватить антиретровирусной терапией 2010 ВИЧ-инфицированных;
- обследовать на ВИЧ-инфекцию население края в соответствии с перечнем показаний в количестве - 420 000 человек.

Материал подготовили:

Д.С. ПУСТОСМЕХОВ, зав. ОМО ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ».
Д.В. ШМАГИН, врач-эпидемиолог эпидемиологического
отдела ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ»,

К. М. ХАФИЗОВ,
главный врач ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ»,
Заслуженный врач России.

**Состояние распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией
в г. Перми и крае за 2012 год**

| Территории | Кумулятивное число | Показатель распространенности на 100 тыс. насел. (от ЛЖВС) | Пораженность населения ВИЧ-инф. в % | Число заболевших в 2011 г. | Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения | Число заболевших в 2012 г. | Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения | % изменения с поправкой Ван дер Вардена |
|----------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---|---|
| Свердловский | 1624 | 679,6 | 0,68 | 276 | 128,9 | 259 | 121,0 | -6,2% |
| Мотовилихинский | 1261 | 649,9 | 0,65 | 196 | 111,0 | 180 | 102,0 | -8,2% |
| Ленинский | 269 | 459,6 | 0,46 | 47 | 89,6 | 38 | 72,5 | -20,4% |
| Дзержинский | 1306 | 790,7 | 0,79 | 205 | 137,0 | 212 | 141,7 | 3,4% |
| Индустриальный | 1444 | 833,1 | 0,83 | 247 | 154,8 | 220 | 137,9 | -10,9% |
| Кировский | 1695 | 1210,3 | 1,21 | 172 | 139,7 | 175 | 142,2 | 1,7% |
| Орджоникидзевский | 1256 | 1042,3 | 1,04 | 185 | 167,4 | 169 | 152,9 | -8,6% |
| В целом по г. Перми | 8855 | 806,2 | 0,81 | 1328 | 134,6 | 1253 | 126,3 | -5,6% |
| г. Александровск | 109 | 327,9 | 0,33 | 18 | 52,9 | 26 | 82,8 | 35,0% |
| г. Березники | 1958 | 1066,8 | 1,07 | 196 | 119,4 | 253 | 161,8 | 29,1% |
| г. Гремячинск | 43 | 303,4 | 0,30 | 7 | 48,6 | 5 | 36,1 | -28,6% |
| г. Губаха | 143 | 319,5 | 0,32 | 29 | 75,5 | 21 | 54,1 | -29,0% |
| г. Кизел | 178 | 590,3 | 0,59 | 25 | 83,9 | 17 | 68,3 | -33,3% |
| г. Краснокамск | 1380 | 1623,8 | 1,62 | 94 | 133,3 | 124 | 176,3 | 31,9% |
| г. Кунгур | 257 | 332,7 | 0,33 | 36 | 53,0 | 34 | 51,4 | -7,9% |
| г. Лысьва | 515 | 567,6 | 0,57 | 69 | 84,4 | 76 | 97,4 | 8,5% |
| г. Соликамск | 274 | 214,5 | 0,21 | 46 | 40,8 | 64 | 56,0 | 35,4% |
| г. Чайковский | 565 | 465,8 | 0,47 | 42 | 38,6 | 33 | 31,8 | -22,7% |
| г. Чусовой | 100 | 129,4 | 0,13 | 23 | 31,9 | 24 | 33,8 | 0,0% |
| Б.Сосновский р-н | 31 | 211,9 | 0,21 | 4 | 28,0 | 11 | 83,2 | 100,0% |
| Бардымский р-н | 26 | 82,1 | 0,08 | 8 | 28,8 | 5 | 19,5 | -40,0% |
| Березовский р-н | 28 | 158,2 | 0,16 | 4 | 22,5 | 3 | 17,6 | -33,3% |
| Верещагинский р-н | 197 | 418,0 | 0,42 | 19 | 43,6 | 21 | 50,7 | 4,8% |
| Горнозаводский р-н | 189 | 651,2 | 0,65 | 22 | 81,2 | 14 | 53,9 | -37,5% |
| Добрянский р-н | 205 | 326,3 | 0,33 | 31 | 50,4 | 46 | 80,7 | 42,4% |
| Еловский р-н | 25 | 205,3 | 0,21 | 4 | 33,1 | 5 | 46,7 | 0,0% |
| Ильинский р-н | 45 | 219,5 | 0,22 | 15 | 74,3 | 8 | 40,8 | -47,1% |
| Карагайский район | 100 | 393,9 | 0,39 | 17 | 72,0 | 19 | 83,1 | 5,3% |
| Кишертский р-н | 26 | 204,0 | 0,20 | 7 | 48,6 | 5 | 39,2 | -33,3% |

| Территории | Кумулятивное число | Показатель распространённости на 100 тыс. насел. (от ЛЖВС) | Поражённость населения ВИЧ-инф. в % | Число заболевших в 2011 г. | Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения | Число заболевших в 2012 г. | Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения | % изменения с поправкой Ван дер Вардена |
|---|--------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---|---|
| Красновишерский р-н | 70 | 298,2 | 0,30 | 21 | 81,4 | 14 | 62,3 | -34,8% |
| Куединский р-н | 96 | 316,1 | 0,32 | 10 | 32,9 | 14 | 52,1 | 25,0% |
| Кунгурский р-н | 89 | 202,0 | 0,20 | 18 | 38,6 | 20 | 47,0 | 5,0% |
| Нытвенский р-н | 355 | 674,1 | 0,67 | 22 | 48,8 | 35 | 80,0 | 50,0% |
| Октябрьский р-н | 89 | 256,7 | 0,26 | 14 | 40,2 | 21 | 69,1 | 37,5% |
| Ординский р-н | 21 | 128,2 | 0,13 | 4 | 24,8 | 4 | 25,6 | -16,7% |
| Осинский р-н | 119 | 349,5 | 0,35 | 9 | 28,2 | 13 | 44,1 | 27,3% |
| Оханский р-н | 57 | 338,4 | 0,34 | 12 | 70,6 | 16 | 98,4 | 21,4% |
| Очерский р-н | 54 | 210,0 | 0,21 | 4 | 16,3 | 9 | 39,4 | 66,7% |
| п. Звездный | 26 | 261,4 | 0,26 | 4 | 40,4 | 3 | 32,7 | -25,0% |
| Пермский р-н | 535 | 476,2 | 0,48 | 74 | 85,3 | 105 | 101,6 | 41,9% |
| Сивинский р-н | 35 | 222,0 | 0,22 | 9 | 53,6 | 9 | 60,6 | -9,1% |
| Суксунский р-н | 32 | 124,8 | 0,12 | 5 | 24,2 | 6 | 29,9 | 0,0% |
| Уинский р-н | 19 | 131,4 | 0,13 | 4 | 32,8 | 3 | 26,3 | -33,3% |
| Усольский р-н | 102 | 655,9 | 0,66 | 9 | 65,7 | 20 | 141,1 | 90,9% |
| Частинский р-н | 19 | 140,2 | 0,14 | 5 | 34,2 | 4 | 31,2 | -28,6% |
| Чердынский р-н | 34 | 131,1 | 0,13 | 3 | 9,5 | 8 | 32,8 | 80,0% |
| Чернушинский р-н | 244 | 389,2 | 0,39 | 33 | 63,2 | 25 | 49,4 | -25,7% |
| В целом по краю (без КПО и г. Перми) | 8390 | 475,7 | 0,48 | 976 | 61,5 | 1143 | 74,9 | 17,1% |
| Дом.адрес не уст. / БОМЖ | 38 | | | 0 | | 0 | | |
| КПО | 312 | 250,9 | 0,25 | 48 | 37,8 | 57 | 49,1 | 16,0% |
| г. Кудымкар | 129 | 409,7 | 0,41 | 15 | 48,9 | 18 | 62,0 | 11,8% |
| Кудымкарский р-н | 59 | 209,9 | 0,21 | 8 | 29,2 | 13 | 50,5 | 40,0% |
| Гайнский р-н | 16 | 116,1 | 0,12 | 4 | 25,3 | 3 | 21,8 | -33,3% |
| Косинский р-н | 18 | 235,9 | 0,24 | 6 | 80,0 | 1 | 13,9 | -75,0% |
| Кочевский р-н | 16 | 134,4 | 0,13 | 4 | 32,3 | 3 | 26,9 | -33,3% |
| Юрлинский р-н | 19 | 177,2 | 0,18 | 4 | 36,7 | 4 | 41,7 | -16,7% |
| Юсьвинский р-н | 55 | 272,0 | 0,27 | 7 | 31,3 | 15 | 77,0 | 77,8% |
| ИТОГО СЛУЧАЕВ | 17595 | 591,5 | 0,59 | 2352 | 87,1 | 2453 | 93,1 | 4,3% |

**Основные показатели выполнения Приоритетного национального проекта "Здоровье"
по разделу "ВИЧ-инфекция" на территориях Пермского края за 2012 год**

| № | Город, район | Подлежит диспансерному наблюдению | Явилось на диспансерный осмотр в текущем году | % охвата диспансеризацией в текущем году | Число пациентов, охваченных обследованием на СД4/СД8 | Охват обследованием на СД4/СД8 (%) | План ВААРТ на 2012 год | Всего получают ВААРТ | Охват ВААРТ в % | Индикатор профилактической работы с ЛЖВС (на 1000 состоящих на учете) | % охвата программным обучением медработников | % охвата семинарами не медработников |
|----|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|------------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------|---|--|--------------------------------------|
| 1 | г. Пермь | 7997 | 7087 | 88,6 | 6423 | 80,3 | 850 | 845 | 99,4 | 3916,8 | 95,8 | 9,6 |
| 2 | г. Александровск | 44 | 40 | 90,9 | 32 | 72,7 | 3 | 4 | 133,3 | 818,2 | 81,7 | 28,8 |
| 3 | г. Березники | 949 | 949 | 100,0 | 915 | 96,4 | 199 | 199 | 100,0 | 11776,6 | 99,4 | 98,5 |
| 4 | г. Гремячинск | 12 | 11 | 91,7 | 5 | 41,7 | 0 | 1 | 0,0 | 0,0 | 94,3 | 2,5 |
| 5 | г. Губаха | 85 | 85 | 100,0 | 85 | 100,0 | 15 | 18 | 120,0 | 2600,0 | 96,9 | 32,1 |
| 6 | г. Добрянка | 107 | 107 | 100,0 | 107 | 100,0 | 14 | 10 | 71,4 | 6102,8 | 85,0 | 66,9 |
| 7 | г. Кизел | 91 | 56 | 61,5 | 54 | 59,3 | 11 | 12 | 109,1 | 1153,8 | 65,8 | 12,8 |
| 8 | г. Краснокамск | 838 | 672 | 80,2 | 672 | 80,2 | 200 | 194 | 97,0 | 2998,8 | 100,0 | 76,5 |
| 9 | г. Кунгур | 160 | 160 | 100,0 | 160 | 100,0 | 19 | 21 | 110,5 | 1412,5 | 79,9 | 32,9 |
| 10 | г. Лысьва | 289 | 226 | 78,2 | 169 | 58,5 | 24 | 24 | 100,0 | 2827,0 | 97,8 | 17,4 |
| 11 | г. Соликамск и Соликамский р-н | 143 | 95 | 66,4 | 95 | 66,4 | 14 | 16 | 114,3 | 377,6 | 100,0 | 7,1 |
| 12 | г. Чайковский | 384 | 338 | 88,0 | 338 | 88,0 | 88 | 82 | 93,2 | 1041,7 | 100,0 | 19,9 |
| 13 | г. Чусовой | 56 | 40 | 71,4 | 40 | 71,4 | 9 | 8 | 88,9 | 750,0 | 100,0 | 70,5 |
| 14 | Бардымский | 10 | 10 | 100,0 | 10 | 100,0 | 2 | 3 | 150,0 | 1300,0 | 94,7 | 8,5 |
| 15 | Березовский | 19 | 11 | 57,9 | 6 | 31,6 | 0 | 3 | - | 0,0 | 100,0 | 29,5 |
| 16 | Большесосновский | 11 | 9 | 81,8 | 6 | 54,5 | 2 | 2 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 6,3 |
| 17 | Верецагинский | 130 | 130 | 100,0 | 104 | 80,0 | 13 | 17 | 130,8 | 1276,9 | 88,6 | 3,3 |
| 18 | Горнозаводский | 111 | 111 | 100,0 | 103 | 92,8 | 18 | 17 | 94,4 | 837,8 | 71,8 | 4,9 |
| 19 | Еловский | 9 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 1 | 1 | 100,0 | 1333,3 | 93,8 | 10,5 |
| 20 | Ильинский | 27 | 20 | 74,1 | 20 | 74,1 | 7 | 4 | 57,1 | 370,4 | 67,5 | 7,4 |
| 21 | Карагайский | 52 | 45 | 86,5 | 29 | 55,8 | 3 | 4 | 133,3 | 884,6 | 90,4 | 21,4 |
| 22 | Кишертский | 10 | 10 | 100,0 | 10 | 100,0 | 1 | 2 | 200,0 | 1300,0 | 94,3 | 10,4 |

| № | Город, район | Подлежит диспансерному наблюдению | Явилось на диспансерный осмотр в текущем году | % охвата диспансеризацией в текущем году | Число пациентов, охваченных обследованием на СД4/СД8 | Охват обследованием на СД4/СД8 (%) | План ВААРТ на 2012 год | Всего получают ВААРТ | Охват ВААРТ в % | Индикатор профилактической работы с ЛЖВС (на 1000 состоящих на учете) | % охвата программным обучением медработников | % охвата семинарами не медработников |
|----|-----------------|-----------------------------------|---|--|--|------------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------|---|--|--------------------------------------|
| 23 | Красновишерский | 27 | 26 | 96,3 | 17 | 63,0 | 3 | 6 | 200,0 | 1925,9 | 95,3 | 80,9 |
| 24 | Куединский | 56 | 49 | 87,5 | 45 | 80,4 | 3 | 5 | 166,7 | 803,6 | 98,6 | 14,2 |
| 25 | Кунгурский | 30 | 27 | 90,0 | 27 | 90,0 | 3 | 4 | 133,3 | 800,0 | 92,8 | 25,7 |
| 26 | Нытвенский | 207 | 163 | 78,7 | 162 | 78,3 | 48 | 42 | 87,5 | 666,7 | 91,9 | 9,1 |
| 27 | Пермский | 310 | 255 | 82,3 | 216 | 69,7 | 72 | 66 | 91,7 | 1035,5 | 93,6 | 14,1 |
| 28 | Октябрьский | 42 | 42 | 100,0 | 42 | 100,0 | 1 | 1 | 100,0 | 166,7 | 64,9 | 14,0 |
| 29 | Ординский | 6 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 1 | 1 | 100,0 | 833,3 | 100,0 | 12,5 |
| 30 | Осинский | 87 | 63 | 72,4 | 63 | 72,4 | 4 | 7 | 175,0 | 1770,1 | 69,0 | 23,6 |
| 31 | Оханский | 37 | 28 | 75,7 | 28 | 75,7 | 3 | 2 | 66,7 | 270,3 | 100,0 | 16,2 |
| 32 | Очерский | 41 | 35 | 85,4 | 24 | 58,5 | 4 | 6 | 150,0 | 122,0 | 95,2 | 3,7 |
| 33 | Сивинский | 15 | 10 | 66,7 | 10 | 66,7 | 1 | 3 | 300,0 | 200,0 | 97,1 | 56,9 |
| 34 | Суксунский | 31 | 25 | 80,6 | 25 | 80,6 | 0 | 3 | - | 0,0 | 86,9 | 2,4 |
| 35 | Уинский | 8 | 7 | 87,5 | 5 | 62,5 | 2 | 3 | 150,0 | 500,0 | 96,1 | 16,7 |
| 36 | Усольский | 37 | 37 | 100,0 | 35 | 94,6 | 3 | 3 | 100,0 | 891,9 | 58,3 | 7,4 |
| 37 | Частинский | 10 | 10 | 100,0 | 10 | 100,0 | 0 | 0 | - | 500,0 | 96,3 | 34,3 |
| 38 | Чердынский | 10 | 10 | 100,0 | 10 | 100,0 | 3 | 2 | 66,7 | 1200,0 | 96,5 | 14,9 |
| 39 | Чернушинский | 143 | 136 | 95,1 | 111 | 77,6 | 33 | 32 | 97,0 | 1251,7 | 88,8 | 53,5 |
| 40 | ЗАТО Звездный | 2 | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | 1 | 1 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 41 | КПАО | 194 | 194 | 100,0 | 194 | 100,0 | 22 | 26 | 118,2 | 4144,3 | 64,1 | 8,3 |
| 42 | По краю | 12827 | 11346 | 88,5 | 10424 | 81,3 | 1700 | 1700 | 100,0 | 3876,2 | 92,1 | 23,3 |

*Без учета ГУФСИН.

Информационный бюллетень № 50 по эпидситуации в Приволжском федеральном округе, форма № 4 за 2012 год

*(По данным Нижегородского научно-исследовательского института эпидемиологии
и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной Приволжского окружного центра
Минздрава России по профилактике и борьбе со СПИД)*

ВИЧ-инфекция в ПФО в 2012 году

К 01.01.13 г. в ПФО кумулятивное количество выявленных ВИЧ-позитивных возросло до 166 520 случаев. Показатели распространенности и пораженности ВИЧ-инфекцией составили соответственно 558,6 и 441,7 на 100 000 населения округа.

В 2012 году выявлено 16006 новых случаев ВИЧ-инфекции, в том числе 155 - у детей (таблица 1). Практически все территории округа имеют положительный темп прироста новых случаев инфицирования ВИЧ в анализируемом году, в среднем по ПФО он составил +9,9%. Показатель заболеваемости – 53,6 на 100 000 населения.

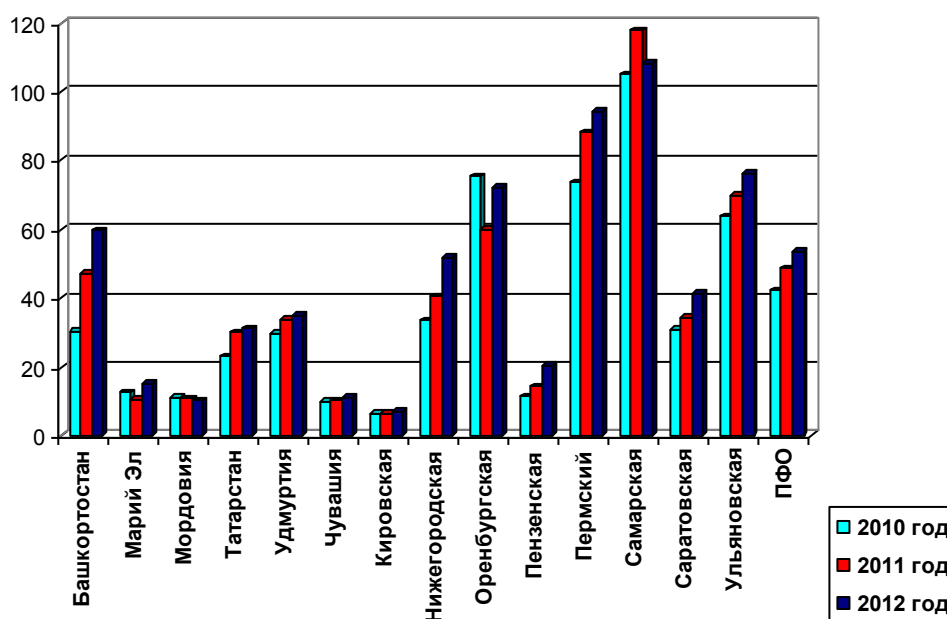
Таблица 1

Число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в Приволжском федеральном округе в 2010-2012 гг.

| Территория | Выявлено в 2010 году | Выявлено в 2011 году | Выявлено в 2012 году | Кумулятивно на 01.01.13 г. | Пораженность на 100 000 населения |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|
| Башкортостан | 1230 | 1916 | 2425 | 14922 | 292,8 |
| Марий-Эл | 89 | 73 | 105 | 1089 | 124,9 |
| Мордовия | 94 | 91 | 85 | 1032 | 81,5 |
| Татарстан | 892 | 1140 | 1191 | 14289 | 295,9 |
| Удмуртия | 456 | 513 | 530 | 5618 | 309,7 |
| Чувашия | 128 | 128 | 138 | 1472 | 92,0 |
| Кировская | 92 | 85 | 96 | 659 | 37,7 |
| Нижегородская | 1128 | 1334 | 1710 | 10532 | 270,5 |
| Оренбургская | 1589 | 1216 | 1459 | 22920 | 870,1 |
| Пензенская | 159 | 197 | 281 | 2130 | 125,5 |
| Пермская | 1995 | 2321 | 2484 | 17595 | 592,1 |
| Самарская | 3344 | 3790 | 3482 | 49892 | 1198,2 |
| Саратовская | 798 | 864 | 1042 | 12123 | 357,4 |
| Ульяновская | 838 | 897 | 978 | 12247 | 726,7 |
| ИТОГО по ПФО | 12832 | 14565 | 16006 | 166520 | 441,7 |

На большинстве территорий ПФО, в соответствии с критериями ВОЗ, развивается концентрированная стадия эпидемии ВИЧ-инфекции. Наиболее пораженными территориями ПФО являются Самарская, Оренбургская, Ульяновская области, Пермский край. Ряд территорий округа находятся в начальной стадии эпидемии.

Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией на административных территориях ПФО в 2010-2012 гг.

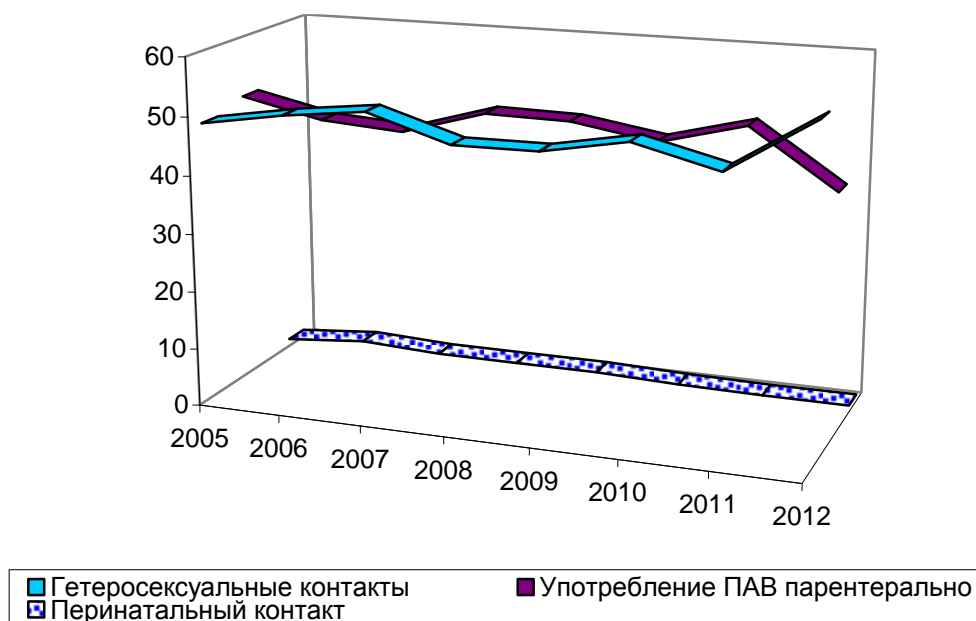


Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией на административных территориях округа представлены на диаграмме 1. Следует отметить, что в течение 2010-2012 гг. на четырех территориях округа (Самарская, Оренбургская, Ульяновская области и Пермский край) показатель инцидентности превышает среднее окружное значение, а в 2012 году в Республике Башкортостан инцидентность превысила впервые за годы наблюдения среднее окружное значение.

В структуре путей передачи в разные годы наблюдения регистрируется преобладание то полового (гетеросексуального) пути передачи вируса иммунодефицита человека (2006, 2007, 2010, 2012 гг.), то доли инфицированных ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков (2005, 2008, 2009, 2011 гг.) (диаграмма 2).

Диаграмма 2

Основные факторы риска заражения ВИЧ в ПФО в 2005-2012 гг.



Необходимо отметить, что в 2009-2012 гг. наблюдаются региональные особенности течения эпидемиологического процесса ВИЧ-инфекции на части территорий ПФО, где интенсивность передачи вируса в среде ПИН наиболее выражена. Так, в 2012 году доля инфицированных ПИН, среди лиц с установленными путями пере-

дачи ВИЧ, превысила среднее окружное значение (41,8%) в Пермском крае, Нижегородской, Самарской и Пензенской областях, республиках Татарстан и Башкортостан и составила 53,7%; 56,9%; 44,9%; 42,7%; 46,5% и 43,0% соответственно.

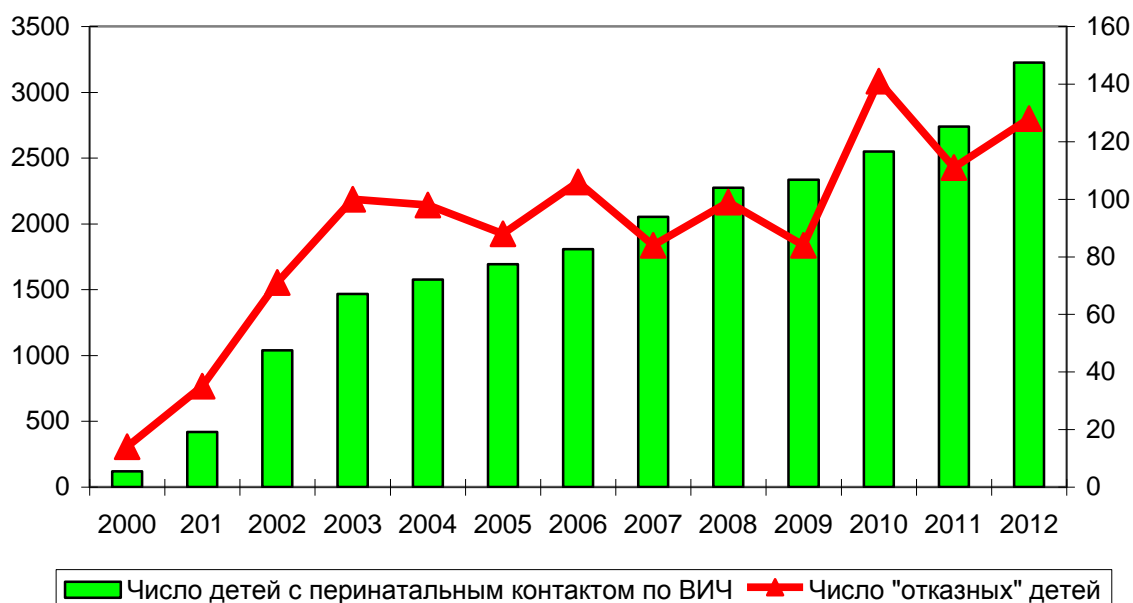
В целом по ПФО, парентеральный путь передачи на 01.01.13 г. является доминирующим, составляя 63,3%. Однако, на отдельных территориях округа, начиная с 2004 года стал преобладать половой путь передачи ВИЧ. В 2012 году доля зараженных при гетеросексуальных половых контактах превышала среднее окружное значение (56,4%) на десяти территориях Приволжского федерального округа и составляла от 60,4% в Республике Башкортостан до 80,5% в Республике Чувашия.

Усиление потенциала гетеросексуальной передачи инфекции явилось причиной феминизации эпидемии, что в свою очередь привело к увеличению числа детей с перинатальным контактом по ВИЧ, а значит и перинатальным инфицированием детей, в абсолютном значении общее число ВИЧ-позитивных детей на начало 2013 года составило 1331. Основная доля из них приходится на Самарскую (400); Оренбургскую - 226, Ульяновскую – 122; Саратовскую – 108 и Нижегородскую – 105 области и Республику Башкортостан – 123 детей. Заражение детей от ВИЧ-позитивных матерей происходило преимущественно вследствие позднего обращения женщин в женскую консультацию для постановки на учет по беременности и несвоевременного назначения химиопрофилактики, низкого социального статуса этих женщин, нередко сочетающегося с асоциальным поведением и низкой приверженностью к приему препаратов. Доля вертикального пути в общей структуре путей передачи в 2012 году составила 1,0%, имея тенденцию к снижению, по сравнению с предыдущими годами (2011г. – 1,1%; 2010г. – 1,3%; 2009г. - 1,8%; 2008г. – 1,8%).

Число детей с перинатальным контактом по ВИЧ имеет неуклонную тенденцию к росту (диаграмма 3), на 01.01.13 г. рождено 23272 ребенка, 16671 из них сняты с диспансерного учета в связи с отсутствием клинических симптомов и отрицательных результатов лабораторной диагностики. Удельный вес детей, оставшихся без попечения родителей, от общего числа детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями в ПФО, составляет по округу практически 5% (1115 детей) и с каждым годом количество так называемых «отказных» детей, неуклонно возрастает, делая проблему ВИЧ-инфекции социальной и требующей межведомственных решений и подходов.

Диаграмма 3

ВИЧ-инфекция, как социальная проблема



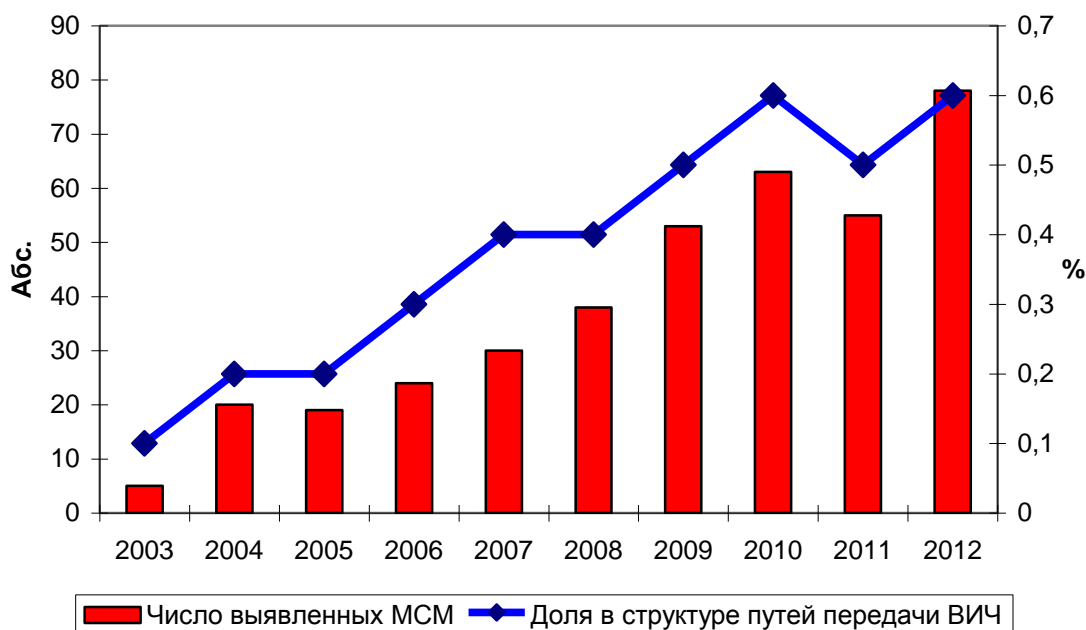
Частота перинатальной передачи ВИЧ от матери к ребенку в ПФО на 01.01.13 г. составила, в среднем, 7,4%, что несколько ниже, чем в 2010 году (8,3%) и 2011 году (7,8%). Превышение среднее окружного показателя перинатальной передачи ВИЧ в 2012 году зарегистрировано в Нижегородской (10,5%); Оренбургской (8,2%); Кировской (8,0%); Ульяновской (7,9%); Саратовской (7,8%), Самарской (7,4%) областях; в республиках Мордовия (8,6%); Башкортостан (8,0%); Чувашия (7,6%).

Значения данного показателя в пределах от 6,0% до 7,3% регистрировались в Татарстане и Пензенской областях; ниже 6,0% - в республиках Удмуртия и Марий Эл и Пермском крае.

Дети так же инфицировались при грудном вскармливании, всего в округе на 01.01.13г. зарегистрировано 20 случаев заражения детей таким образом.

В 2010-2012 гг. на территориях Приволжья регистрировались случаи инфицирования ВИЧ группы MSM, что составляло 0,4%-0,6% от общего числа зараженных. На протяжении последних лет в округе отмечается тенденция к росту доли инфицированных этой категории населения в общей структуре путей передачи ВИЧ (диаграмма 4).

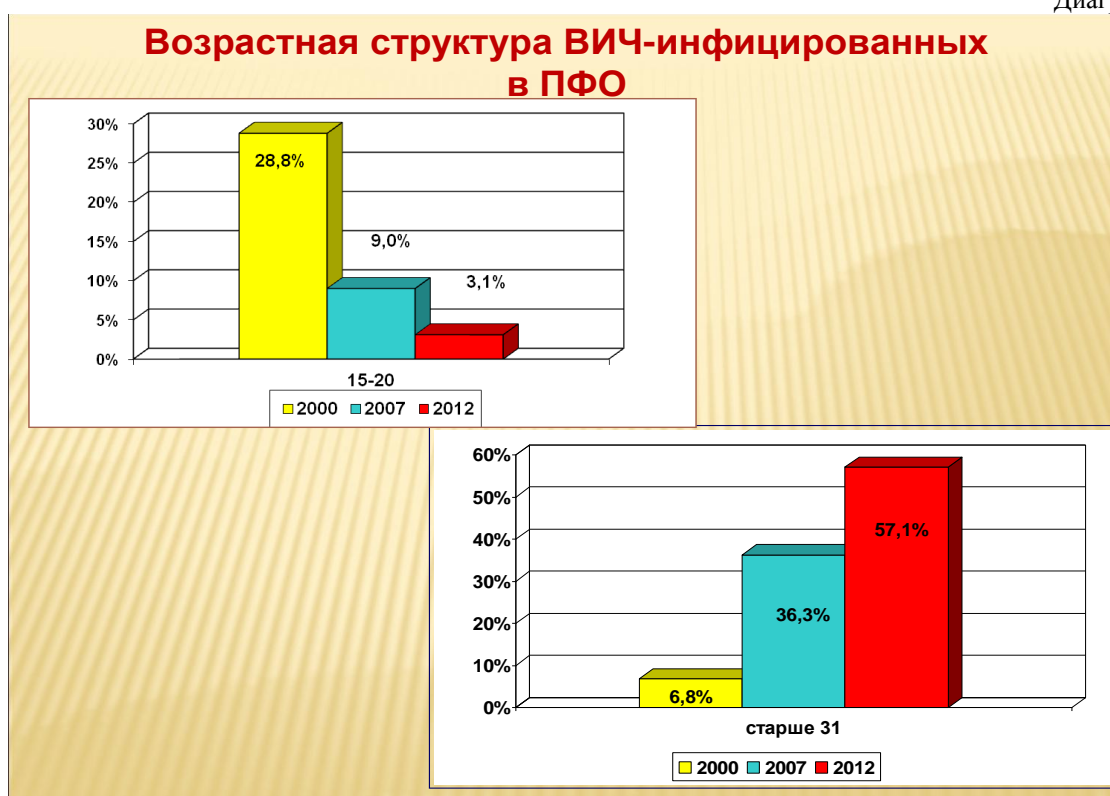
Динамика выявления ВИЧ-инфекции в группе МСМ в ПФО



На 13 территориях округа в 2012 году были выявлены случаи инфицирования ВИЧ представителей этой группы населения, на шести из них процент инфицированных МСМ превысил среднеокружной уровень (0,6%). Самое значительное превышение наблюдалось в Чувашии (в 7,8 раза), в Кировской области (в 4,1 раза), в Нижегородской области (в 3,0 раза), в Удмуртии (в 2,2 раза).

В возрастной структуре инфицированных округа на 01.01.13 г. основная доля (43,4%) выявленных больных приходится на возраст 21-30 лет, при этом в последние несколько лет данный показатель имеет тенденцию к снижению. Так в 2012 году, доля лиц, выявленных в возрасте 31-40 лет, превысила возрастную группу 21-30 лет и составила 41,2%. Всего же более 57% выявленных инфицированных в 2012 году составляли лица старше 30 лет и, как в среднем по округу, так и на всех территориях Приволжья, доля лиц данной возрастной категории увеличивается. Так, на диаграмме 5 показана устойчивая тенденция уменьшения доли молодежи и выраженное увеличение числа лиц старше 31 года в динамике (2000г., 2007г., 2012г.) среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ в ПФО.

Диаграмма 5

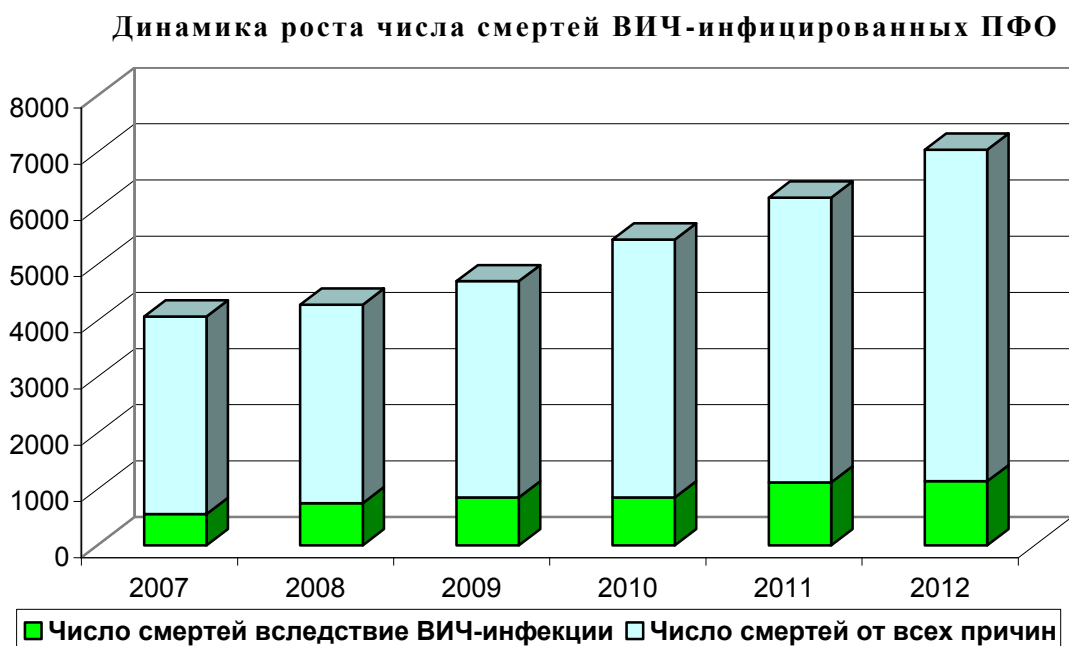


Отмечается снижение доли детей до 14 лет, в целом по округу на начало 2013 года ВИЧ-инфекция зарегистрирована у 1649 детей, основной причиной заражения которых в более чем 85% случаев является перинатальная трансмиссия ВИЧ.

По-прежнему лидирующая роль в эпидпроцессе сохраняется за неработающими людьми, количество которых на протяжении последних лет возрастает. В Пермском крае более 80% инфицированных являются безработными; в Республике Удмуртия и в Нижегородской области – около 70%. На всех этих территориях округа отмечается в последние годы превышение среднее окружного уровня, поскольку именно в этих регионах отмечена интенсификация эпидемического процесса в среде ПИН.

Наряду с заболеваемостью и пораженностью, смертность является объективным показателем интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции.

Диаграмма 6



Значительный период развития эпидемии, высокие уровни пораженности населения, низкая приверженность к терапии в связи с социальным статусом пациентов, увеличением числа больных выявленных в поздних стадиях болезни и прочее обуславливает тенденцию роста количества смертей вообще, и в том числе от ВИЧ-инфекции в последние годы в округе (диаграмма 6).

В 2012 году в округе от всех причин умер 5901 ВИЧ-положительный, в том числе от ВИЧ-инфекции - 1139, что превысило значения прошлого года (5066 и 1120 соответственно). В целом, в ПФО кумулятивное число смертей среди ВИЧ-положительных на 01.01.13 г. составило 34847 человек, в том числе, вследствие ВИЧ-инфекции – 6276.

Результаты серозидемиологического скрининга населения ПФО на ВИЧ-инфекцию

По данным серозидемиологического мониторинга, проведенного в результате анализа статистической отчетной формы №4, в 2012 году на ВИЧ-инфекцию обследовано 18,0% населения Приволжского федерального округа, в их числе граждане России – 5539272 чел., иностранные граждане – 144577 чел.

Выше среднее окружного уровня показатели охвата тестированием населения в республиках Татарстан (28,8%) и Башкортостан (21,3%), Кировской (24,4%), Нижегородской (21,3%) и Пензенской (18,9%) областях. Ниже среднее окружного - в Саратовской области (12,6%) и в республике Удмуртия (13,6%).

Доля детей, подростков и лиц, обследованных анонимно, в общей структуре населения, прошедшего тестирование на ВИЧ, находилась на уровне прошлого года и составила 1,9%, 1,0% и 0,67% соответственно.

По сравнению с 2011 годом, общее количество протестированных на ВИЧ граждан ПФО увеличилось на 0,4% (на 100165 человек). Увеличение числа обследованных наблюдалось во всех регионах, кроме Башкортостана, Мордовии, Оренбургской, Самарской и Ульяновской областей (таблица 2).

Таблица 2

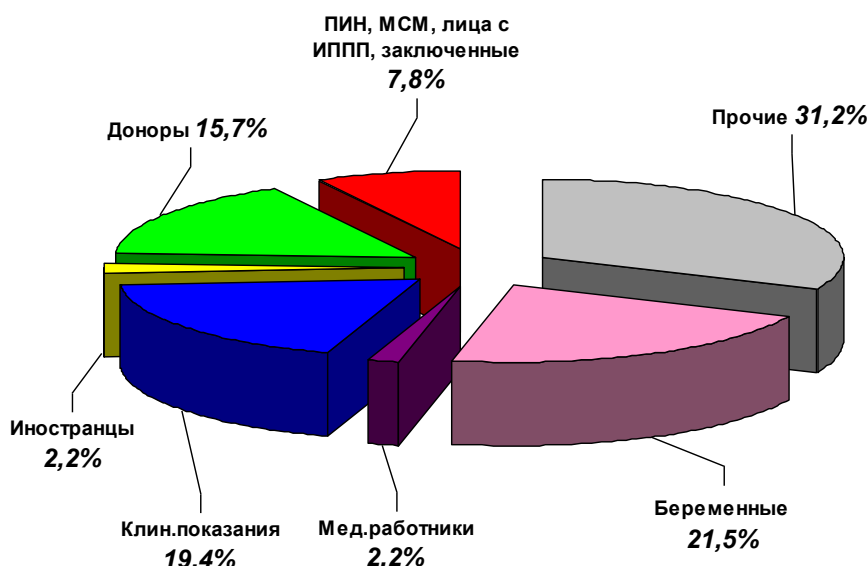
Число населения, обследованного на АТ к ВИЧ, на территориях ПФО в 2011 и 2012 гг.

| Территория | Население | | | |
|--------------------|---------------------|----------------|------------------------|-------------|
| | Число обследованных | | Доля обследованных (%) | |
| | 2011г. | 2012 | 2011г. | 2012 |
| Башкортостан | 880664 | 866727 | 21,6 | 21,3 |
| Марий Эл | 109866 | 109934 | 15,8 | 15,9 |
| Мордовия | 125037 | 121559 | 15,0 | 14,7 |
| Татарстан | 1071721 | 1096467 | 28,3 | 28,8 |
| Удмуртия | 196055 | 201650 | 12,9 | 13,6 |
| Чувашия | 202430 | 211197 | 16,2 | 16,9 |
| Кировская обл. | 272376 | 324600 | 20,3 | 24,4 |
| Нижегородская обл. | 670073 | 700989 | 20,3 | 21,3 |
| Оренбургская обл. | 331149 | 303460 | 16,3 | 15,0 |
| Пензенская обл. | 238738 | 260597 | 17,3 | 18,9 |
| Пермский край | 418502 | 429308 | 15,9 | 16,3 |
| Самарская обл. | 554810 | 546300 | 17,3 | 17,0 |
| Саратовская обл. | 295567 | 316567 | 11,7 | 12,6 |
| Ульяновская обл. | 216696 | 194494 | 16,8 | 15,2 |
| ПФО | 5583684 | 5683849 | 17,6 | 18,0 |

Частота выявления ВИЧ-инфицированных по округу – 0,33%; в 2011 году она составляла 0,31%. Рост выявления ВИЧ-инфицированных среди обследованных граждан отмечался на девяти территориях ПФО. В этом году, самый высокий процент выявления ВИЧ-позитивных лиц отмечался в Оренбургской области – 0,75%. В Самарской, Ульяновской областях и Пермском крае он также был очень высоким и составил – 0,73%, 0,63% и 0,65% соответственно. Минимальным этот показатель оставался в Кировской области - 0,04%.

В структуре обследуемых по ПФО в 2012 году основными контингентами были лица, отнесенные в группу «прочие» - 31,2%, «беременные» – 21,5%, «имеющие клинические показания» – 19,4% и «доноры» – 15,7% (диаграмма 7).

Диаграмма 7



ДОНОРЫ – группа населения, которое проходит тестирование на ВИЧ в обязательном порядке и на протяжении многих лет удельный вес «доноров» в общей структуре скрининга находится в пределах от 18 до 23%. Процент положительных результатов в среднем по ПФО в 2012 году составил 0,04%, что сопоставимо со среднемноголетними значениями. За весь период наблюдения в округе зарегистрировано 17 случаев инфицирования ВИЧ при переливании донорской крови и ее компонентов.

БЕРЕМЕННЫЕ – процент охвата тестированием этой группы населения составляет около 20% в общей структуре проходящих обследование. В 2012 году в среднем по округу, этот показатель составил 21,5%, (от 14,1% в Республике Татарстан до 31,3% в Оренбургской области). Выявляемость, по сравнению с

2011 годом (0,13%), практически не изменилась и составила 0,14%. Наибольшая частота выявления ВИЧ-инфицированных беременных отмечалась в Самарской области – 0,33% и Пермском крае (0,3%). Минимальной выявляемость была в Кировской области и Республике Чувашия (по 0,03%), как наименее пораженных ВИЧ-инфекцией территориях.

Особое внимание обращает на себя группа населения, тестируемого по коду **ПРОЧИЕ**, доля которого на протяжении всех лет наблюдения самая наибольшая. Так в 2010 году данный показатель составил 30,8%, в 2011 году – 31,7%, в 2012 году – 31,2%. В 2012 году наибольшее число обследованных по данному коду наблюдалось в республиках Татарстан, Марий Эл (67,7%, 41,8% соответственно) и Пензенской области (41,9%). Таким образом, около половины объемов тестирования в этих регионах отнесены к группе недифференцированного населения. Ниже среднеокружного показатель в Самарской, Нижегородской, Ульяновской, Оренбургской областях, республиках Мордовия и Удмуртия, Пермском крае (14,2%, 20,6%, 26,3%, 27,1%, 15,1%, 19,7% и 30,9% соответственно). Необходимо отметить при этом, что выявляемость по данному коду на протяжении ряда лет оставалась неизменной – 0,20-0,25%.

В среднем по округу в 2012 году на 59649 человек возросло число обследованных по «**КЛИНИЧЕСКИМ** показаниям», их доля в общей структуре составила 19,4%, в предыдущие годы - в пределах 17-18%. Выявляемость ВИЧ-инфицированных среди данной категории лиц составляет в среднем по округу в 2011-2012 гг. 0,3%-0,4%. Наибольшее число лиц, имеющих клинические показания, в 2012 году обследовались в Самарской и Нижегородской областях (по 37,0%). Наибольшие показатели выявляемости ВИЧ-инфицированных в этой категории отмечались в Оренбургской, Самарской областях и Пермском крае (0,8%, 0,73% и 0,7% соответственно). Минимальные показатели - в Татарстане и Чувашии (по 0,1%).

В целом, можно предположить, что рост числа вторичных заболеваний у невыявленных до сих пор ВИЧ-позитивных, и увеличение числа лиц, находящихся в «поздних» стадиях болезни, в дальнейшем будет обуславливать рост выявляемости среди данного контингента тестируемых.

Доля обследованных **ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН** из общей структуры обследованных составила в 2012 году 2,2%, что выше показателей 2010-2011 гг. (1,6% и 2,0% соответственно). Наибольшее внимание обследованию иностранных граждан уделялось в Саратовской, Самарской, Оренбургской и Нижегородской областях. Частота выявления ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан на протяжении ряда лет не превышала 0,2%.

Небольшая доля в структуре обследованного населения приходится на еще одну группу, имеющих обязательные показания для тестирования на ВИЧ, это **МЕД. РАБОТНИКИ**. В округе в 2012 году выявлено 34 ВИЧ-инфицированных среди медицинского персонала (Оренбургская область – 26, Ульяновская обл. - 7, Пермский край - 1), однако все случаи заражения не связаны с профессиональной деятельностью.

Необходимо отметить, что на группу так называемого высокого риска инфицирования ВИЧ, в которую входят **ПИН, МСМ, заключенные, лица с ИППП, лица, тестируемые в ходе проведения эпидемиологического расследования** в общем объеме тестирования в ПФО в 2012 гг. пришлось всего 7,8%. Такой подход, несомненно, препятствует объективному анализу ситуации в целом и затрудняет прогнозирование ее развития в будущем. Так, на диаграмме 8 показана динамика снижения охвата тестированием на ВИЧ групп высокого риска инфицирования ВИЧ в Приволжском округе в течение последних 12 лет.

Диаграмма 8

Динамика снижения охвата тестированием групп высокого риска инфицирования ВИЧ на территориях ПФО

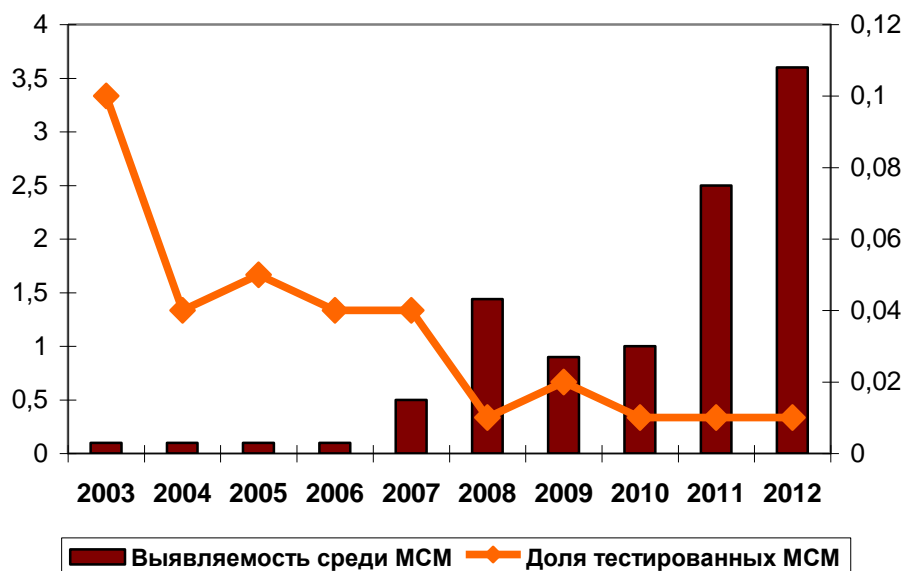


На диаграмме 9 показано, что охват тестированием группы МСМ, среди которых в течение всего времени существования эпидемии в Приволжском федеральном округе, непрерывно циркулирует ВИЧ, и с кото-

рых непосредственно и начиналась эпидемия как в округе, так и в стране, имеет отрицательную динамику, при этом на протяжении всего времени наблюдения выявляемость растет и в последние годы имеет значительные цифры темпа прироста. Хочется отметить, что в округе должное внимание к этой группе населения отмечается в Республике Татарстан и Нижегородской области. Так из 521 человека, обследованного в ПФО, в Нижегородской области протестировано 168 чел – 32,2%, в Татарстане 137 чел. – 26,3%. На остальных территориях число обследованных МСМ единичное, а на части территорий (Республика Марий Эл, Пензенская область) этот контингент в 2012 году не тестировался вообще. В ПФО среди обследованных МСМ выявлено 19 ВИЧ-инфицированных (3,6%), но, вместе с тем, по данным эпидемиологических исследований, в округе зарегистрировано 79 ВИЧ-позитивных МСМ, выявленных при других показаниях к обследованию, что собственно объяснимо, поскольку данная группа достаточно «закрыта» для проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Диаграмма 9

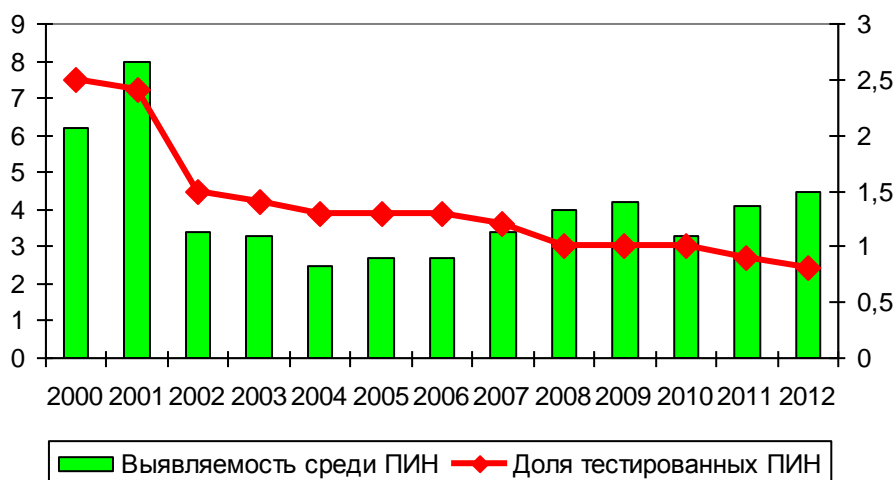
Динамика выявления ВИЧ-инфекции в группе МСМ



Наиболее пораженная и эпидемически значимая группа риска в серологическом мониторинге ВИЧ-инфекции – это потребители инъекционных наркотиков. Охват тестированием ПИН в Приволжском округе в последние годы имеет тенденцию к снижению (диаграмма 10), при этом, процент выявления ВИЧ-инфицированных среди данного контингента в последние годы продолжает расти и находится на достаточно высоком уровне. Рост выявляемости ВИЧ-инфицированных среди наркопотребителей наблюдается на протяжении ряда лет: в 2008г. – 2,8, в 2009г. – 3,0, в 2010г. – 3,3, в 2011г. – 4,1, в 2012г – 4,5%. В 2012 году он отмечался на всех территориях округа, кроме Татарстана и Удмуртии, где выявляемость несколько снизилась по сравнению с прошлым годом. Самый высокий процент выявления ВИЧ-инфицированных среди обследованных ПИН отмечен в Пермском крае и Ульяновской области (13,2% и 10,8% соответственно). В Кировской области выявляемость среди наркопотребителей одна из низких, вместе с тем, по сравнению с 2011 годом она возросла в три раза (в 2012г. - 0,3%, в 2011г. - 0,9%).

Диаграмма 10

Динамика выявления ВИЧ-инфекции в группе ПИН



Похожая картина отмечается и среди другой группы высокого риска инфицирования ВИЧ – больные ИППП. Охват тестированием имеет динамику к снижению при ежегодном росте выявляемости среди данной группы населения. Число обследованных «больных с заболеваниями, передающимися половым путем» в ПФО уменьшилось, по сравнению с 2011 годом, на 14904 чел. Вместе с тем, выявляемость возросла и составила 0,42% против 0,35% в 2011 году. В 2012 году среди этой категории тестированных выявляемость ВИЧ-инфекции превысила среднеокружное значение в Пермском крае, Самарской, Оренбургской, Саратовской и Ульяновской областях, т.е. в наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией территориях. Минимальным этот показатель остается в республике Марий Эл и Кировской области (по 0,1%).

По сравнению с 2011 годом снизилась, среди всего обследованного контингента, и доля «лиц, находящихся в местах лишения свободы» (2,1% против 2,3%), при этом, так же выявление ВИЧ-инфицированных среди них возросло с 2,03% в 2011г. до 2,3% в 2012 году. Рост, по сравнению с 2011 годом, показателя выявляемости отмечался в Нижегородской, Оренбургской, Самарской, Саратовской и Ульяновской областях, республиках Башкортостан и Татарстан. На половине территорий ПФО наблюдалось снижение этого показателя, причем в Пермском крае выявляемость снизилась в два раза (с 12,3% в 2011г. до 6,7% в 2012г.).

По-прежнему, высокий показатель выявляемости ВИЧ-инфицированных отмечался среди лиц, обследованных по 120 коду. В среднем по ПФО он составлял 8,66% (в 2010г. - 10,5%, в 2011г. - 7,6%). Самый высокий показатель, превышающий среднеокружной в 2,3 раза, в Оренбургской области - 19,9%. Выше среднеокружного показателя выявляемости в Ульяновской области (17,4%), республиках Марий Эл (14,9%) и Мордовия (11,7%). Минимальные значения этого показателя отмечены в республиках Удмуртия (3,2%) и Татарстан (3,7%), а также Кировской области (3,5%).

Таким образом, несмотря на количественное достижение запланированных объемов, имеют место серьезные недостатки в организации проведения диагностических исследований на ВИЧ-инфекцию и структуре обследованного контингента. Большинство обследований проводится среди мало значимых с эпидемиологической точки зрения групп населения, в то время как доля обследуемых из числа групп высокого риска инфицирования ВИЧ постоянно сокращается. Приоритетное обследование лиц из групп высокого риска инфицирования ВИЧ является одной из мер дальнейшего совершенствования системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

В целом, эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в Приволжском федеральном округе в 2012 году характеризуется:

- Положительным темпом прироста числа новых случаев заражения и, соответственно, увеличением показателя заболеваемости.
- Значительным числом территорий с очень высоким и высоким уровнем пораженности.
- Продолжающимся ростом числа инфицированных ПИН на отдельных территориях округа.
- Появлением в структуре путей передачи ВИЧ случаев заражения в быту посредством гемоконтактов.
- Увеличением числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, а так же значительными показателями частоты перинатальной передачи ВИЧ в некоторых регионах ПФО.
- Ростом смертей всего и, в том числе, вследствие ВИЧ-инфекции, превышая значительно среднеокружной показатель на части регионов ПФО.
- Значительными темпами прироста выявленных инфицированных в возрастной категории старше 30 лет.
- Снижением доли тестированных из групп высокого риска инфицирования при увеличении показателей выявляемости в данных группах.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ
за 2012 год**

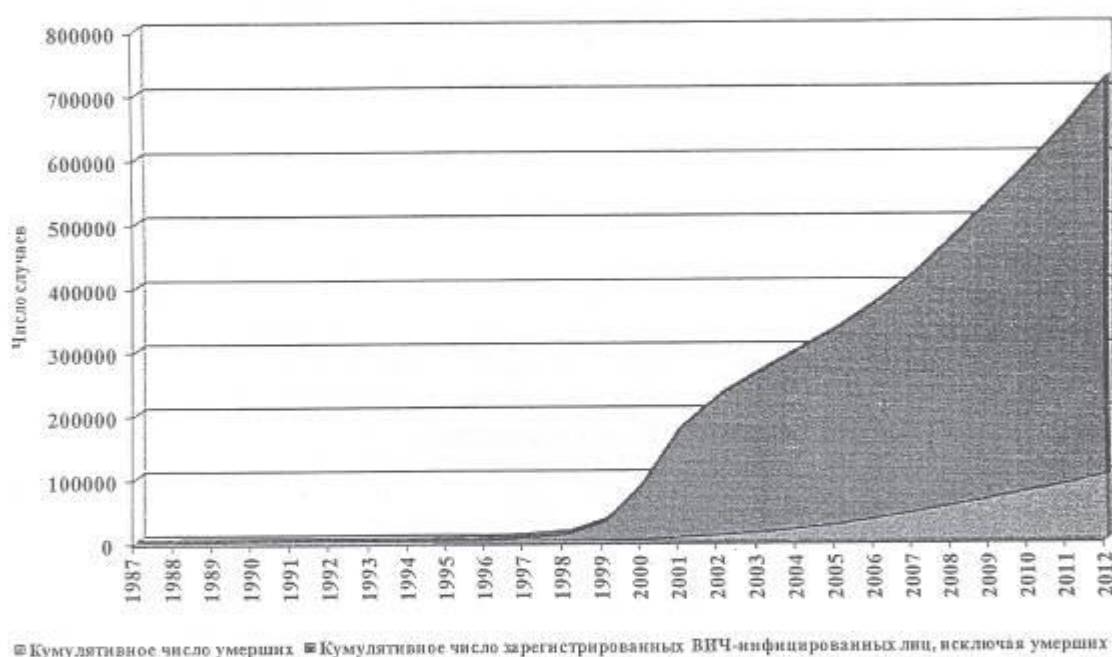
| Территория | % об-след. от насел. | % позит. от об-след. | Доля от обследованных | | | | | | | | | | | | | | % положительных результатов от обследованных | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|--|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| | | | детей | подростков | ано-нимно | 102 | 103 | 104 | 108 | 109 | 112 | 113 | 115 | 118 | 120 | 200 | 102 | 103 | 104 | 108 | 109 | 112 | 113 | 115 | 118 | 120 | 200 | |
| Башкортостан | 21,3 | 0,29 | 1,1 | 0,7 | 0,6 | 0,9 | 82чел | 3,4 | 10,7 | 16,3 | 2,7 | 28,0 | 1,9 | 33,1 | 0,5 | 2,4 | 5,0 | 0 | 0,4 | 0,05 | 0,1 | 1,7 | 0,2 | 0 | 0,2 | 4,8 | 0,2 | |
| Марий Эл | 15,9 | 0,16 | 2,1 | 0,5 | 1,1 | 0,5 | — | 4,9 | 13,3 | 23,0 | 2,2 | 10,2 | 2,9 | 41,8 | 0,3 | 1,1 | 1,4 | — | 0,1 | 0 | 0,1 | 0,9 | 0,4 | 0 | 0,1 | 14,9 | 0,2 | |
| Мордовия | 14,7 | 0,11 | 0,9 | 0,6 | 0,7 | 1,3 | 1 чел | 4,3 | 25,2 | 20,3 | 8,4 | 14,7 | 7,7 | 15,1 | 0,1 | 2,7 | 0,7 | 1 чел | 0,2 | 0,02 | 0,05 | 0,3 | 0,07 | 0 | 0,1 | 11,7 | 0,2 | |
| Татарстан | 28,8 | 0,13 | 2,2 | 1,4 | 0,7 | 0,6 | 137чел | 2,1 | 6,4 | 14,1 | 1,2 | 5,6 | 0,04 | 67,7 | 0,3 | 1,9 | 1,4 | 0 | 0,2 | 0,02 | 0,05 | 1,4 | 0,1 | 0 | 0,1 | 3,7 | 0,1 | |
| Удмуртия | 13,6 | 0,31 | 3,7 | 1,3 | 0,9 | 0,5 | 9 чел | 7,8 | 15,0 | 30,1 | 2,7* | 20,4 | 2,8 | 19,7 | 1,6 | 1,9 | 4,3 | 0 | 0,3 | 0,04 | 0,1 | 2,0* | 0,34 | 0 | 0,2 | 3,2 | 0,03 | |
| Чувашия | 16,9 | 0,1 | 1,7 | 0,8 | 0,8 | 0,6 | 10 чел | 4,3 | 14,3 | 24,1 | 2,1 | 20,8 | 0,1 | 32,4 | 0,2 | 1,0 | 1,8 | 0 | 0,2 | 0,02 | 0,03 | 0,5 | 0,1 | 0 | 0,08 | 5,2 | 0,1 | |
| Кировская обл. | 24,4 | 0,04 | 1,4 | 1,6 | 0,2 | 0,2 | 37 чел | 3,1 | 32,5 | 14,5 | 1,9 | 12,7 | 0,04 | 34,0 | 0,1 | 1,0 | 0,9 | 2 чел | 0,1 | 0,003 | 0,03 | 0,4 | 0,08 | 0 | 0,03 | 3,5 | 0,1 | |
| Нижегородская | 21,3 | 0,27 | 1,7 | 0,7 | 0,3 | 1,1 | 168 чел | 3,9 | 17,3 | 15,1 | 0,9 | 37,0 | 0,2 | 20,6 | 0,4 | 3,5 | 5,7 | 9 чел | 0,36 | 0,01 | 0,21 | 3,7 | 0,22 | 0 | 0,06 | 8,9 | 0,1 | |
| Оренбургская | 15,0 | 0,75 | 1,3 | 0,6 | 1,2 | 0,8 | 29 чел | 2,3 | 9,0 | 31,3 | 2,8 | 13,3 | 9,0 | 27,1 | 1,0 | 3,5 | 3,9 | 0 | 0,9 | 0,03 | 0,2 | 3,6 | 0,8 | 0,1 | 0,8 | 19,9 | 0,2 | |
| Пензенская обл. | 18,9 | 0,18 | 1,4 | 1,8 | 0,5 | 0,5 | — | 3,2 | 10,9 | 17,6 | 1,8 | 20,6 | 0,4 | 41,9 | 0,4 | 2,7 | 4,9 | — | 0,2 | 0,03 | 0,06 | 1,0 | 0,2 | 0 | 0,1 | 8,9 | 0,2 | |
| Пермский край | 16,3 | 0,65 | 1,8 | 1,0 | 0,3 | 1,7 | 9 чел | 3,4 | 18,3 | 22,5 | 0,4 | 18,8 | 0,5 | 30,9 | 1,0 | 2,4 | 13,2 | 4 чел | 0,8 | 0,06 | 0,3 | 6,7 | 0,7 | 0,05 | 0,2 | 8,8 | 0,2 | |
| Самарская обл. | 17,0 | 0,73 | 2,1 | 0,7 | 1,0 | 1,7 | 1 чел | 3,9 | 14,2 | 20,6 | 1,4 | 36,8 | 2,5 | 14,2 | 0,7 | 3,8 | 5,1 | 1 чел | 0,7 | 0,1 | 0,33 | 7,5 | 0,73 | 0 | 0,8 | 5,2 | 0,2 | |
| Саратовская обл. | 12,6 | 0,34 | 1,7 | 0,6 | 0,3 | 0,7 | 32 чел | 3,8 | 12,7 | 25,5 | 1,8 | 18,4 | 0,2 | 31,9 | 0,6 | 4,4 | 4,3 | 2 чел | 0,47 | 0,08 | 0,16 | 2,0 | 0,39 | 0 | 0,3 | 5,1 | 0,16 | |
| Ульяновская обл. | 15,2 | 0,63 | 3,2 | 1,9 | 0,8 | 0,2 | 6 чел | 1,4 | 19,4 | 26,4 | 1,5 | 14,8 | 6,5 | 26,3 | 1,1 | 2,3 | 10,8 | 0 | 0,9 | 0,05 | 0,26 | 2,2 | 1,1 | 0,06 | 0,4 | 17,4 | 0,2 | |
| Ср. показатель | 18,0 | 0,33 | 1,9 | 1,0 | 0,67 | 0,8 | 521 | 3,7 | 15,7 | 21,5 | 2,1 | 19,4 | 2,2 | 31,2 | 0,6 | 2,2 | 4,5 | 3,6 | 0,42 | 0,04 | 0,14 | 2,3 | 0,38 | 0,02 | 0,25 | 8,66 | 0,16 | |

Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2012 г.

Общее число ВИЧ-инфицированных россиян, зарегистрированных в Российской Федерации до 31 декабря 2012 г., составило **720 014** человек (по предварительным данным, сообщенным территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД на 1 марта 2013 г.), в том числе 6 411 детей в возрасте до 15 лет. В течение 2012 г. кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации увеличилось на 10,7% (рисунок 1). Всего сообщено о смерти 102 151 инфицированных ВИЧ. Однако в Федеральный центр СПИД поступили данные не из всех субъектов Российской Федерации. По данным формы мониторинга приоритетного национального проекта «Здоровье» Роспотребнадзора умерло существенно больше больных: 129 917 на 31 декабря 2012 г. Число умерших растет, по данным формы мониторинга приоритетного национального проекта «Здоровье» Роспотребнадзора в 2012 г. умерло на 11,4% больше инфицированных ВИЧ (20 511), чем в 2011 г. (18 414).

Рисунок 1

Рост кумулятивного числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у граждан России с 1987 по 2012 гг.



За весь период наблюдения с 1985 г. в стране было выявлено 18 086 ВИЧ-инфицированных иностранных граждан. Среди иностранных граждан в Российской Федерации доминируют граждане Украины (5573 инфицированных ВИЧ), Узбекистана (3565), Таджикистана (1327), Грузии (1040), Молдовы (831).

За 2012 г. территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено (по предварительным данным) о 69 849 новых случаях ВИЧ-инфекции, исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что на 12,0% больше чем в 2011 г. (в 2011 г. было сообщено о 62 384, 2010 г. — 58 298, 2009 г. — 58 186, 2008 г. — 54 476 новых случаев). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией по предварительным данным в 2012 г. составила 48,8 на 100 тыс. населения. В 2012 г. из г. Москвы, сведения о выявлении новых случаев ВИЧ-инфекции в Федеральный центр СПИД не поступали, в связи с этим были использованы соответствующие данные формы мониторинга ПНП Здоровье Роспотребнадзора.

В 2012 г. по показателю заболеваемости в Российской Федерации лидировали Кемеровская (зарегистрировано 217,8 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения), Свердловская (134,4), Иркутская (132,3), Самарская (112,8), Новосибирская (101,5) области, Ханты-Мансийский автономный округ (99,3), Курганская (95,8), Тюменская область (95,6),

Пермский край (91,6), Челябинская (79,2), Оренбургская области (78,9), Алтайский край (76,0), Ульяновская область (74,7), Красноярский край (68,9), Новгородская (64,5), Ленинградская (62,2) области, Республика Башкортостан (59,5), Тверская (55,8), Ивановская (55,1), Нижегородская (54,3) области, г. Санкт-Петербург (53,5), Республика Бурятия (49,4).

Пораженность ВИЧ-инфекцией по предварительным данным на 31.12.2012 г. составляла 433,8 на 100 тыс. населения России. Среди населения Российской Федерации в возрасте 15-49 лет 0,8% жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Критическая ситуация по ВИЧ-инфекции сложилась среди молодых мужчин в возрастной группе 30-34 года, в которой официально зарегистрировано 2,4% ВИЧ-инфицированных. Среди женщин в возрасте 25-34 года 1,2% жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации, но распространенность инфекции неравномерна. Пораженность более 0,3% зарегистрирована в 30 наиболее крупных, промышленно развитых регионах страны, где проживает 55,8% населения.

На 31 декабря 2012 года к наиболее пораженным субъектам Российской Федерации относятся: Иркутская (зарегистрировано 1478,8 живущих с ВИЧ на 100 тыс. населения), Самарская (1369,9), Свердловская (1172,0), Ленинградская (1117,1), Оренбургская (1049,9) области, Санкт-Петербург (1003,2), Ханты-Мансийский автономный округ (955,8), Кемеровская (921,5), Тюменская (791,8), Челябинская (762,8), Ульяновская (752,2) области, Пермский край (607,5), Тверская область (571,8), Алтайский край (563,0), Ивановская (551,2), Калининградская (547,1), Новосибирская (545,2), Московская (503,3), Мурманская (479,3) области и Красноярский край (473,5). В этих регионах ранее сформировался большой резервуар инфекции среди потребителей наркотических препаратов, а в последние годы инфекция активно распространяется среди основной популяции.

Объемы обследования на ВИЧ в стране в 2012 г. оставались масштабными. В 2012 г. (согласно предварительным данным формы №4 федерального государственного статистического наблюдения) количество протестированных на АТ к ВИЧ в стране составило 26 049 194 граждан Российской Федерации (18,2% от населения), что на 5,3% больше, чем в 2011 г. – 24 734 075. Кроме того в 2012 г. были обследованы на ВИЧ 1,2 млн. образцов крови иностранных граждан. При этом, увеличилось число обследованных среди потребителей наркотиков (на 2,8%), беременных (на 4,4%), обследованных по клиническим показаниям (на 4,2%), медработников (на 16,0%), прочих (на 10,5%), и обследованных при проведении эпидемиологического расследования (на 23,1%). Среди MSM было обследовано на 13,9% меньше, чем в 2011 г., среди заключенных – на 4,8%, среди больных вензаболеваниями – на 2,5%, среди доноров – на 2,7%.

В 2012 г. количество выявленных положительных в ИБ в стране выросло на 13,1% (в 2012 г. было впервые выявлено 92 894, в 2011 г. – 82 139), в том числе среди ПИН рост составил 7,9%, среди MSM выросло на 18,2%, среди больных вензаболеваниями – на 6,5%, заключенных – на 17,1%, беременных – на 11,4%, медработников – на 16,0%. В 2012 г. уменьшилось только количество выявленных среди доноров (на 0,8%), во всех остальных группах населения в 2012 г. наблюдался рост числа новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции.

В последние годы существенно снизилась доля подростков и молодежи в возрасте 15-20 лет среди новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции (в 2000 г. на эту группу приходилось 24,7%, в 2012 г. – 1,5%). В этой возрастной группе произошло и снижение абсолютного числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в 20,5 раз. Это может быть связано как с эффектом профилактических программ по ВИЧ-инфекции, проводимых в учебных заведениях страны, так и увеличением возраста, когда начинает практиковаться рискованное поведение. Однако основной прирост новых случаев ВИЧ-инфекции обеспечивается за счет возрастных групп 30-40 лет (44,2% от новых случаев ВИЧ-инфекции в 2012 г.) и 20-30 лет (35,3%). Смещение эпипцентра эпидемии ВИЧ-инфекции в старшие возрастные группы населения, где профилактические программы практически не проводились, свидетельствует об острой необходимости разработки методологии и расширения профилактических программ, в том числе на рабочих местах.

Среди ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации преобладали мужчины (63,8%). С 2002 года отмечается увеличение пропорции женщин. В 2004-2012 годах 41-43% новых случаев

инфицирования ВИЧ были зарегистрированы среди женщин. К 31 декабря 2012 г. в России было зарегистрировано 260 тысяч инфицированных ВИЧ женщин.

Среди всех беременных женщин в Российской Федерации в 2011 г. пораженность ВИЧ-инфекцией составила 0,62%¹, тогда как в 2003 г. она была в два раза меньше (0,3%). Это означает, что в соответствии с классификацией ВОЗ в стране эпидемия находилась в концентрированной стадии. В 34 регионах страны в 2011 г. пораженность ВИЧ среди беременных составила более 0,5%, а в 9 субъектах федерации – более 1%. На 9 наиболее пораженных территориях (таб. 1) эпидемия ВИЧ-инфекции может быть отнесена к генерализованной стадии.

Таблица 1

Субъекты РФ, имевшие в 2011 г. наиболее высокую пораженность ВИЧ-инфекцией среди беременных женщин.

| Субъект федерации | Пораженность ВИЧ среди беременных | Субъект федерации | Пораженность ВИЧ среди беременных |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Самарская область | 2,2% | 19. Московская область | 0,7% |
| 2. Свердловская область | 1,8% | 20. Саратовская область | 0,7% |
| 3. Ленинградская область | 1,7% | 21. Курганская область | 0,7% |
| 4. Ульяновская область | 1,7% | 22. Тульская область | 0,6% |
| 5. Ханты-Мансийский АО | 1,3% | 23. г. Москва | 0,6% |
| 6. Кемеровская область | 1,3% | 24. Волгоградская область | 0,6% |
| 7. Новосибирская область | 1,3% | 25. Удмуртская Республика | 0,6% |
| 8. Тверская область | 1,1% | 26. Тюменская область | 0,6% |
| 9. Оренбургская область | 1,1% | 27. Республика Бурятия | 0,6% |
| 10. Ивановская область | 0,9% | 28. Иркутская область | 0,6% |
| 11. г. Санкт-Петербург | 0,9% | 29. Костромская область | 0,5% |
| 12. Пермский край | 0,9% | 30. Рязанская область | 0,5% |
| 13. Омская область | 0,9% | 31. Новгородская область | 0,5% |
| 14. Калининградская область | 0,8% | 32. Республика Башкортостан | 0,5% |
| 15. Мурманская область | 0,8% | 33. Республика Татарстан | 0,5% |
| 16. Челябинская область | 0,8% | 34. Нижегородская область | 0,5% |
| 17. Алтайский край | 0,8% | | |
| 18. Томская область | 0,8% | РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | 0,6% |

У наибольшей части ВИЧ-позитивных в стране уже более 16 лет основным фактором риска заражения является употребление наркотиков нестерильным инструментарием (56,4% – среди выявленных в 2012 г.). Наркотический путь распространения ВИЧ-инфекции тесно связан с половым, что подтверждается исследованиями, проведенными в рамках приоритетного национального проекта в 2007-2009 гг. Так от 15 до 50% потребителей внутривенных наркотиков женского пола были вовлечены в оказание сексуальных услуг. Значительное количество женщин в стране инфицируется при половых контактах с потребителями наркотиков, в том числе являвшихся их постоянными половыми партнерами или супругами. Гетеросексуальные контакты, как основной путь заражения, были указаны у 41,7% впервые выявленных в 2012 г. ВИЧ-позитивных и отмечается его постоянный рост (2010 г. – 38,9%, 2008 г. – 35,1%). В последние 2 года быстро растет число ВИЧ-позитивных лиц, заражение которых связано с половыми контактами между мужчинами. В 2012 году впервые были зарегистрированы случаи заражения ВИЧ, связанные с оказанием медицинской помощи взрослым. Продолжают регистрироваться случаи подозрения на внутрибольничное инфицирование ВИЧ детей, родители которых не являются носителями вируса иммунодефицита человека. Следует отметить, что в 2012 г. женщины инфицировались ВИЧ преимущественно при гетеросексуальных контактах (66,8% новых случаев), тогда как мужчины - при внутривенном введении наркотиков (71,6%). С 2002 года в стране половым путем преимущественно заражаются молодые женщины.

¹ Департамент медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, показатель рассчитан на основании данных, представленных в формах федерального государственного статистического наблюдения России №13, №32, №61, 2006 -2011 гг.

Наиболее пораженными группами населения в стране являются потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса, заключенные и МСМ. Распространенность ВИЧ-инфекции в отчетный период в различных городах страны колебалась среди работниц коммерческого секса от 3,8% до 11,6% , среди потребителей инъекционных наркотиков – от 6,4% до 58,5%, среди мужчин имеющих секс с мужчинами от 5,2% до 14,8%, среди заключенных в России она составляла 7,3% в 2011 г.

В последние годы быстро наращивала темпы программа лечения больных ВИЧ-инфекцией в стране. В 2012 г. в стране получали антиретровирусную терапию 125 623 инфицированных ВИЧ.

Феминизация эпидемии ведет к увеличению числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. За годы эпидемии к концу 2012 г. ВИЧ-инфицированными женщинами было рождено более 97 тысяч детей, в том числе более 35 тыс. за 2010-2012 гг.

Самое пристальное внимание в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения уделяется комплексу мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. В результате проводимой организационной и методической работы за последние четыре года показатели охвата химиопрофилактикой женщин выросли во время беременности с 66,8% в 2005 до 86,9% в 2012 г., в родах с 86,0% в 2005 до 93,8% в 2012 г. и новорожденных с 94,0% в 2005 г. до 98,7% в 2012 г. В 2012 году полный трехэтапный курс профилактики прошли 85,6% пар мать-ребенок (в 2005 г. – 57%). В результате проводимой работы доля детей, инфицированных ВИЧ при перинатальных контактах, ежегодно снижается, но достижение цели «0» в отношении заражения детей, рожденных от инфицированных ВИЧ матерей по-прежнему недостижимо. За весь период наблюдения от матерей были инфицированы ВИЧ 5957 детей. Уровень передачи ВИЧ от матери ребенку в Российской Федерации все еще выше потенциально достижимого уровня. Частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации за весь период наблюдения к концу 2012 года снизилась до 8,0%. Согласно расчетным данным, полученным по исходной методологии "Spectrum" Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД, вероятно, заразились ВИЧ 4% детей рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в 2010 г. и 5% - в 2011 г.

В последние годы реализация государственных, международных и общественных инициатив, направленных на профилактику, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции позволила сохранить жизнь более 120 тысячам инфицированных ВИЧ в стране, предотвратить заражение ВИЧ-инфекцией 92 тысяч детей, рожденных от инфицированных ВИЧ матерей, и значительного количества как представителей уязвимых групп населения, так и общей популяции. Эти достижения явились следствием существенного увеличения финансирования отдельных направлений противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и реализации программ приоритетного национального проекта «Здоровье», международных и региональных программ по профилактике ВИЧ-инфекции, позволивших обеспечить доступ к тестированию на ВИЧ для населения, антиретровирусной терапии, в том числе проводимой с целью профилактики у беременных женщин, для инфицированных ВИЧ в стране, а так же доступ к комплексным профилактическим услугам по ВИЧ-инфекции в отдельных городах субъектов Российской Федерации.

Наряду с отдельными успехами, необходимо констатировать сохранение проблем, требующих принятия незамедлительных решений. Среди основных проблем в организации мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации:

- отсутствие государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации;
- дефицит финансового обеспечения системы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, не позволяющий осуществлять адекватные профилактические мероприятия среди населения и оказывать качественную медицинскую помощь больным, особенно в части касающейся диагностических исследований для инфицированных ВИЧ, в соответствии со стандартами;
- смещение акцента с профилактической работы на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь инфицированным ВИЧ, отсутствие преемственности на разных этапах медицинской помощи этой категории больных;
- снижение охвата мероприятиями по профилактике ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп;

- дефицит медицинских кадров в субъектах Российской Федерации и необходимость повышения профессионального уровня медицинских работников.

Основной причиной роста эпидемии является то, что охват профилактическими программами как уязвимых групп (наркопотребители, секс-работники и мужчины, имеющие секс и мужчинами), так и общего населения в стране остается экстремально низким. Большинство программ по профилактике ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения, успешно осуществлявшиеся в предыдущие годы, были практически свернуты в 2012 г., а профилактические мероприятия, проводимые среди общей популяции населения и основывающиеся исключительно на пропаганде здорового образа жизни, малоэффективны для указанных групп населения. Больше всего в отчетный период пострадали программы, направленные на профилактику среди МСМ и КСР, которые не финансируются из государственных источников, а также программы снижения вреда для ПИН, которое были прекращены в большинстве регионов страны. Следовательно, в последние годы профилактические программы не были нацелены на ключевые группы и ведущие пути передачи ВИЧ-инфекции. Поэтому эпидемия продолжает развиваться не только среди уязвимых групп, но и наблюдается выход эпидемии в общую популяцию. Для преодоления последствий от развития эпидемии ежегодно будут требоваться все большие и большие средства на дорогостоящее лечение инфицированных ВИЧ.

Таким образом, в стране в 2012 г. наблюдалось ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции. Сохранялся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией и не снижающиеся темпы прироста новых случаев заражения, увеличивалось общее число и число смертей ВИЧ-инфицированных, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. В стране наблюдалась тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ, как при гетеросексуальных, так и гомосексуальных контактах, при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркопотребителей. Это означает, что организационные и профилактические мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции не направлены на основные движущие силы эпидемии, осуществляются на недостаточном уровне и не позволяют добиться ощутимых результатов в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции. Ситуация требует активного вмешательства со стороны органов здравоохранения и других вовлеченных в проблему организаций. Первоочередной задачей противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции является обеспечение эффективной работы в области профилактики ВИЧ-инфекции среди населения, в особенности работы среди уязвимых групп (ПИН, КСР, МСМ), женщин и молодежи.

Количество зарегистрированных инфицированных ВИЧ среди граждан России на 31.12.2012 г.
(Предварительные данные по состоянию на 1.03.2012 г.)

| Наименование региона | Число инфицированных ВИЧ | | | | | Из них больных СПИДом | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------|---|---------------|------------|-----------------------|------------|---------------|------------|
| | Всего | Детей | Число инфицированных ВИЧ детей, зараженных от матерей | Из них умерло | | Всего | Детей | Из них умерло | |
| | | | | Всего | Детей | | | Всего | Детей |
| Российская Федерация | 720014 | 6411 | 4647 | 102151 | 548 | 21027 | 346 | 17884 | 252 |
| Центральный ФО | 133631 | 1279 | 1024 | 22199 | 69 | 2966 | 32 | 2295 | 21 |
| Белгородская область | 1172 | 9 | 6 | 179 | 2 | 19 | 0 | 19 | 0 |
| Брянская область | 2072 | 14 | 12 | 414 | 1 | 80 | 0 | 55 | 0 |
| Владимирская область | 3282 | 32 | 23 | 499 | 1 | 146 | 0 | 143 | 0 |
| Воронежская область | 1219 | 15 | 13 | 201 | 0 | 69 | 0 | 55 | 0 |
| Ивановская область | 6593 | 63 | 44 | 783 | 5 | 63 | 2 | 59 | 2 |
| Калужская область | 2088 | 22 | 20 | 388 | 2 | 118 | 1 | 114 | 1 |
| Костромская область | 1953 | 15 | 11 | 256 | 1 | 14 | 0 | 14 | 0 |
| Курская область | 862 | 5 | 5 | 112 | 1 | 41 | 1 | 41 | 1 |
| Липецкая область | 625 | 7 | 5 | 111 | 0 | 7 | 0 | 6 | 0 |
| Московская область | 43584 | 483 | 374 | 7355 | 37 | 398 | 7 | 379 | 6 |
| Орловская область | 1576 | 7 | 6 | 304 | 0 | 104 | 0 | 65 | 0 |
| Рязанская область | 3107 | 17 | 17 | 932 | 1 | 229 | 3 | 208 | 1 |
| Смоленская область | 1581 | 12 | 6 | 257 | 2 | 38 | 1 | 37 | 1 |
| Тамбовская область | 1199 | 7 | 7 | 245 | 0 | 34 | 0 | 31 | 0 |
| Тверская область | 9365 | 137 | 123 | 1690 | 9 | 502 | 6 | 462 | 5 |
| Тульская область | 6966 | 61 | 48 | 1552 | 3 | 502 | 3 | 346 | 2 |
| Ярославская область | 1879 | 10 | 8 | 339 | 1 | 143 | 1 | 85 | 0 |
| г. Москва* | 44508 | 363 | 296 | 6582 | 3 | 459 | 7 | 176 | 2 |
| Северо-Западный ФО | 93917 | 688 | 489 | 8560 | 27 | 1379 | 17 | 1134 | 8 |
| Республика Карелия | 1179 | 5 | 3 | 81 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Республика Коми | 1820 | 7 | 3 | 265 | 0 | 44 | 0 | 42 | 0 |
| Архангельская область | 654 | 9 | 6 | 78 | 0 | 15 | 0 | 15 | 0 |
| Ненецкий АО | 31 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Вологодская область | 1998 | 23 | 13 | 324 | 1 | 110 | 0 | 110 | 0 |
| Калининградская область | 7981 | 49 | 30 | 2801 | 10 | 332 | 5 | 327 | 3 |
| Ленинградская область | 21197 | 165 | 119 | 1827 | 2 | 291 | 2 | 281 | 2 |
| Мурманская область | 4281 | 25 | 18 | 504 | 0 | 131 | 3 | 85 | 0 |
| Новгородская область | 2174 | 16 | 12 | 342 | 1 | 145 | 1 | 110 | 0 |
| Псковская область | 713 | 8 | 6 | 107 | 0 | 23 | 0 | 16 | 0 |
| г. Санкт-Петербург | 51920 | 381 | 279 | 2231 | 13 | 285 | 6 | 145 | 3 |
| Южный ФО | 28911 | 469 | 184 | 6495 | 157 | 2172 | 185 | 2042 | 125 |
| Республика Адыгея | 455 | 3 | 3 | 90 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 |
| Республика Калмыкия | 271 | 75 | 3 | 97 | 46 | 127 | 68 | 77 | 40 |
| Краснодарский край | 11893 | 103 | 94 | 3499 | 10 | 1364 | 6 | 1363 | 6 |
| Астраханская область | 663 | 10 | 2 | 126 | 1 | 60 | 1 | 41 | 1 |
| Волгоградская область | 8670 | 133 | 66 | 1651 | 36 | 396 | 46 | 355 | 29 |
| Ростовская область | 6959 | 145 | 16 | 1032 | 64 | 209 | 64 | 190 | 49 |
| Северо-Кавказский ФО | 7977 | 133 | 84 | 1704 | 41 | 268 | 25 | 235 | 21 |
| Республика Дагестан | 1972 | 14 | 7 | 418 | 9 | 59 | 6 | 57 | 6 |
| Республика Ингушетия | 911 | 10 | 5 | 241 | 1 | 22 | 0 | 22 | 0 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 599 | 1 | 1 | 162 | 1 | 14 | 1 | 14 | 1 |
| Карачаево-Черкесская Республика | 218 | 5 | 2 | 46 | 1 | 7 | 0 | 7 | 0 |
| Республика Северная Осетия - Алания | 1023 | 7 | 6 | 132 | 1 | 16 | 1 | 15 | 1 |
| Чеченская Республика | 1928 | 68 | 52 | 462 | 18 | 84 | 5 | 65 | 4 |
| Ставропольский край | 1326 | 28 | 11 | 243 | 10 | 66 | 12 | 55 | 9 |

| Наименование региона | Число инфицированных ВИЧ | | | | | Из них больных СПИДом | | | |
|--|--------------------------|-------------|---|---------------|-----------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| | Всего | Детей | Число инфицированных ВИЧ детей, зараженных от матерей | Из них умерло | | Всего | Детей | Из них умерло | |
| | | | | Всего | Детей | | | Всего | Детей |
| Приволжский ФО | 171240 | 1418 | 1090 | 26609 | 79 | 5724 | 23 | 4332 | 16 |
| Республика Башкортостан | 14957 | 128 | 116 | 2709 | 6 | 358 | 4 | 357 | 4 |
| Республика Марий Эл | 1085 | 6 | 3 | 202 | 0 | 20 | 0 | 16 | 0 |
| Республика Мордовия | 1119 | 12 | 5 | 199 | 1 | 61 | 1 | 60 | 1 |
| Республика Татарстан | 13921 | 113 | 89 | 2687 | 10 | 424 | 1 | 423 | 1 |
| Удмуртская Республика | 5359 | 43 | 24 | 131 | 1 | 167 | 0 | 113 | 0 |
| Чувашская Республика | 1462 | 5 | 2 | 303 | 0 | 106 | 0 | 74 | 0 |
| Пермский край | 17747 | 139 | 90 | 1762 | 7 | 145 | 0 | 145 | 0 |
| Кировская область | 738 | 5 | 3 | 104 | 1 | 22 | 0 | 20 | 0 |
| Нижегородская область | 10656 | 68 | 40 | 987 | 3 | 39 | 1 | 38 | 1 |
| Оренбургская область | 25193 | 176 | 115 | 3947 | 6 | 1323 | 4 | 1085 | 2 |
| Пензенская область | 2232 | 9 | 2 | 251 | 0 | 29 | 0 | 26 | 0 |
| Самарская область | 51487 | 466 | 374 | 7459 | 18 | 536 | 0 | 393 | 0 |
| Саратовская область | 12763 | 111 | 103 | 2991 | 9 | 530 | 4 | 523 | 4 |
| Ульяновская область | 12521 | 137 | 124 | 2877 | 17 | 1964 | 8 | 1059 | 3 |
| Уральский ФО | 126286 | 1213 | 959 | 18029 | 73 | 4731 | 25 | 4633 | 25 |
| Курганская область | 4567 | 11 | 5 | 737 | 1 | 170 | 1 | 170 | 1 |
| Свердловская область | 59122 | 783 | 666 | 8636 | 44 | 3084 | 16 | 3078 | 16 |
| Тюменская область | 33431 | 204 | 133 | 6038 | 19 | 938 | 7 | 847 | 7 |
| Ханты-Мансийский АО | 18045 | 77 | 51 | 3122 | 7 | 514 | 2 | 513 | 2 |
| Ямало-Ненецкий АО | 2074 | 11 | 4 | 232 | 1 | 27 | 1 | 26 | 1 |
| Тюменская область без АО | 13312 | 116 | 78 | 2684 | 11 | 397 | 4 | 308 | 4 |
| Челябинская область | 29166 | 215 | 155 | 2618 | 9 | 539 | 1 | 538 | 1 |
| Сибирский ФО | 131361 | 1064 | 723 | 13955 | 86 | 2939 | 37 | 2457 | 34 |
| Республика Алтай | 255 | 3 | 3 | 16 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 |
| Республика Бурятия | 5139 | 77 | 62 | 1215 | 12 | 525 | 4 | 441 | 4 |
| Республика Тыва | 69 | 1 | 0 | 11 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 |
| Республика Хакасия | 552 | 3 | 3 | 76 | 0 | 18 | 0 | 18 | 0 |
| Алтайский край | 14781 | 61 | 38 | 1228 | 4 | 546 | 4 | 312 | 4 |
| Забайкальский край | 4132 | 26 | 17 | 667 | 2 | 375 | 2 | 257 | 1 |
| Красноярский край | 15491 | 100 | 63 | 2050 | 4 | 393 | 2 | 392 | 2 |
| Иркутская область | 37731 | 409 | 250 | 1880 | 18 | 113 | 4 | 97 | 3 |
| Кемеровская область | 30388 | 233 | 179 | 5038 | 21 | 557 | 7 | 540 | 7 |
| Новосибирская область | 15809 | 111 | 77 | 1160 | 24 | 364 | 14 | 358 | 13 |
| Омская область | 5198 | 22 | 17 | 390 | 0 | 14 | 0 | 14 | 0 |
| Томская область | 1816 | 18 | 14 | 224 | 1 | 23 | 0 | 18 | 0 |
| Дальневосточный ФО | 15036 | 113 | 85 | 3641 | 15 | 651 | 2 | 597 | 2 |
| Республика Саха (Якутия) | 988 | 4 | 1 | 138 | 0 | 42 | 0 | 42 | 0 |
| Камчатский край | 236 | 1 | 0 | 15 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 |
| Приморский край | 10508 | 92 | 75 | 3192 | 13 | 508 | 0 | 468 | 0 |
| Хабаровский край | 2031 | 7 | 4 | 134 | 0 | 31 | 0 | 29 | 0 |
| Амурская область | 417 | 4 | 3 | 73 | 1 | 36 | 1 | 36 | 1 |
| Магаданская область | 175 | 2 | 2 | 11 | 0 | 9 | 0 | 4 | 0 |
| Сахалинская область | 436 | 2 | 0 | 69 | 0 | 19 | 0 | 14 | 0 |
| Еврейская автономная область | 147 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Чукотский авт. округ | 98 | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Лица без определенного места жительства | 11655 | 34 | 9 | 959 | 1 | 197 | 0 | 159 | 0 |

© Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора
* Данные из г. Москвы в 2012 г. не поступали, расчет произведен с использованием данных формы мониторинга ПНП Здоровье Роспотребнадзора.

**Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди жителей субъектов Российской Федерации с 2005 по 2012 гг., исключая детей с неустановленным диагнозом
(Предварительные данные по состоянию на 1.03.2012 г.)**

| Наименование региона | Число новых случаев ВИЧ-инфекции | | | | | | | | Прирост новых случаев в 2012 г., % |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Российская Федерация | 35489 | 39350 | 44925 | 54476 | 58186 | 58298 | 62384 | 69849 | 12,0% |
| Центральный ФО | 7265 | 8098 | 8318 | 9254 | 9330 | 8990 | 8846 | 10889 | 23,1% |
| Белгородская область | 64 | 95 | 95 | 100 | 105 | 145 | 104 | 125 | 20,2% |
| Брянская область | 130 | 131 | 161 | 167 | 153 | 170 | 177 | 208 | 17,5% |
| Владимирская область | 183 | 173 | 193 | 249 | 240 | 278 | 316 | 359 | 13,6% |
| Воронежская область | 71 | 85 | 95 | 119 | 109 | 115 | 127 | 140 | 10,2% |
| Ивановская область | 363 | 400 | 424 | 519 | 454 | 490 | 544 | 581 | 6,8% |
| Калужская область | 112 | 101 | 116 | 157 | 162 | 170 | 181 | 176 | -2,8% |
| Костромская область | 137 | 112 | 119 | 154 | 171 | 164 | 147 | 168 | 14,3% |
| Курская область | 62 | 65 | 66 | 85 | 101 | 83 | 102 | 123 | 20,6% |
| Липецкая область | 40 | 70 | 59 | 60 | 62 | 71 | 63 | 82 | 30,2% |
| Московская область | 2221 | 2457 | 2864 | 2881 | 3127 | 2922 | 2623 | 3223 | 22,9% |
| Орловская область | 91 | 75 | 92 | 112 | 110 | 110 | 125 | 152 | 21,6% |
| Рязанская область | 154 | 167 | 186 | 204 | 201 | 220 | 185 | 195 | 5,4% |
| Смоленская область | 102 | 132 | 126 | 129 | 130 | 177 | 180 | 180 | 0,0% |
| Тамбовская область | 59 | 73 | 100 | 114 | 117 | 88 | 121 | 112 | -7,4% |
| Тверская область | 469 | 580 | 602 | 619 | 651 | 534 | 723 | 749 | 3,6% |
| Тульская область | 418 | 428 | 459 | 535 | 451 | 474 | 435 | 589 | 35,4% |
| Ярославская область | 100 | 114 | 110 | 131 | 166 | 146 | 142 | 167 | 17,6% |
| г. Москва* | 2489 | 2840 | 2451 | 2919 | 2820 | 2633 | 2551 | 3560 | 39,6% |
| Северо-Западный ФО | 6111 | 6614 | 6861 | 6873 | 7091 | 6248 | 6456 | 5642 | -12,6% |
| Республика Карелия | 78 | 63 | 89 | 115 | 89 | 120 | 201 | 179 | -10,9% |
| Республика Коми | 133 | 137 | 141 | 141 | 118 | 157 | 208 | 195 | -6,3% |
| Архангельская область | 44 | 42 | 55 | 59 | 62 | 87 | 76 | 79 | 3,9% |
| Ненецкий АО | 1 | 1 | 4 | 7 | 4 | 8 | 3 | 2 | -33,3% |
| Вологодская область | 112 | 136 | 112 | 151 | 142 | 177 | 217 | 188 | -13,4% |
| Калининградская область | 390 | 424 | 486 | 372 | 434 | 398 | 429 | 418 | -2,6% |
| Ленинградская область | 1319 | 1254 | 1906 | 1929 | 2067 | 1700 | 1665 | 1078 | -35,3% |
| Мурманская область | 251 | 363 | 403 | 431 | 430 | 400 | 328 | 353 | 7,6% |
| Новгородская область | 84 | 112 | 163 | 132 | 153 | 196 | 257 | 406 | 58,0% |
| Псковская область | 29 | 47 | 37 | 45 | 71 | 72 | 89 | 97 | 9,0% |
| г. Санкт-Петербург | 3671 | 4036 | 3469 | 3498 | 3525 | 2941 | 2986 | 2649 | -11,3% |
| Южный ФО | 1353 | 1510 | 1671 | 1808 | 2124 | 2198 | 2776 | 3248 | 17,0% |
| Республика Адыгея | 36 | 27 | 43 | 31 | 34 | 35 | 53 | 56 | 5,7% |
| Республика Кабардино-Балкария | 7 | 16 | 15 | 10 | 25 | 9 | 19 | 24 | 26,3% |
| Краснодарский край | 580 | 648 | 695 | 781 | 906 | 965 | 1036 | 1400 | 35,1% |
| Астраханская область | 30 | 35 | 29 | 52 | 57 | 51 | 90 | 109 | 21,1% |
| Волгоградская область | 408 | 474 | 489 | 490 | 549 | 564 | 885 | 869 | -1,8% |
| Ростовская область | 292 | 310 | 400 | 444 | 553 | 574 | 693 | 790 | 14,0% |
| Северо-Кавказский ФО | 542 | 655 | 665 | 679 | 769 | 756 | 745 | 884 | 18,7% |
| Республика Дагестан | 166 | 229 | 173 | 174 | 193 | 192 | 204 | 232 | 13,7% |
| Республика Ингушетия | 47 | 63 | 73 | 72 | 57 | 74 | 56 | 58 | 3,6% |
| Кабардино-Балкарская Республика | 49 | 33 | 54 | 45 | 68 | 49 | 59 | 52 | -11,9% |
| Карачаево-Черкесская Республика | 13 | 17 | 23 | 22 | 31 | 22 | 15 | 29 | 93,3% |
| Республика Северная Осетия-Алания | 90 | 79 | 88 | 66 | 75 | 95 | 81 | 107 | 32,1% |
| Чеченская Республика | 112 | 154 | 149 | 182 | 206 | 194 | 193 | 228 | 18,1% |
| Ставропольский край | 65 | 80 | 105 | 118 | 139 | 130 | 137 | 178 | 29,9% |

| Наименование региона | Число новых случаев ВИЧ-инфекции | | | | | | | | Прирост новых случаев в 2012 г., % |
|--|----------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Приволжский ФО | 8060 | 9385 | 10475 | 12203 | 13548 | 13794 | 15349 | 16585 | 8,1% |
| Республика Башкортостан | 564 | 689 | 856 | 907 | 1099 | 1241 | 2036 | 2419 | 18,8% |
| Республика Марий Эл | 57 | 71 | 78 | 74 | 102 | 108 | 98 | 110 | 12,2% |
| Республика Мордовия | 53 | 60 | 82 | 90 | 85 | 115 | 115 | 127 | 10,4% |
| Республика Татарстан | 636 | 765 | 933 | 879 | 986 | 923 | 1151 | 1260 | 9,5% |
| Удмуртская Республика | 231 | 301 | 397 | 420 | 409 | 399 | 508 | 524 | 3,1% |
| Чувашская Республика | 76 | 43 | 125 | 129 | 129 | 139 | 139 | 162 | 16,5% |
| Пермский край | 667 | 710 | 912 | 1337 | 1646 | 2085 | 2428 | 2409 | -0,8% |
| Кировская область | 42 | 34 | 56 | 57 | 61 | 98 | 100 | 100 | 0,0% |
| Нижегородская область | 445 | 441 | 583 | 746 | 860 | 1151 | 1294 | 1790 | 38,3% |
| Оренбургская область | 1404 | 1479 | 1472 | 1500 | 1888 | 1999 | 1368 | 1597 | 16,7% |
| Пензенская область | 75 | 107 | 144 | 165 | 187 | 169 | 243 | 358 | 47,3% |
| Самарская область | 2540 | 3452 | 3568 | 4331 | 4382 | 3682 | 4015 | 3626 | -9,7% |
| Саратовская область | 635 | 556 | 550 | 701 | 881 | 875 | 966 | 1145 | 18,5% |
| Ульяновская область | 635 | 677 | 719 | 867 | 833 | 810 | 888 | 958 | 7,9% |
| Уральский ФО | 5848 | 6283 | 7771 | 8501 | 8818 | 9443 | 11225 | 12432 | 10,8% |
| Курганская область | 170 | 197 | 204 | 204 | 297 | 354 | 721 | 859 | 19,1% |
| Свердловская область | 2963 | 3358 | 4069 | 4573 | 4535 | 4717 | 5211 | 5790 | 11,1% |
| Тюменская область, включая АО | 1393 | 1648 | 1756 | 1945 | 1979 | 2400 | 2899 | 3025 | 4,3% |
| Ханты-Мансийский авт.округ | 766 | 935 | 947 | 1175 | 1040 | 1331 | 1614 | 1550 | -4,0% |
| Ямало-Ненецкий авт.округ | 83 | 129 | 189 | 131 | 138 | 143 | 178 | 173 | -2,8% |
| Тюменская область без АО | 544 | 584 | 620 | 639 | 801 | 926 | 1107 | 1302 | 17,6% |
| Челябинская область | 1322 | 1080 | 1742 | 1779 | 2007 | 1972 | 2394 | 2758 | 15,2% |
| Сибирский ФО | 4821 | 5372 | 7464 | 13312 | 14541 | 14775 | 14995 | 17753 | 18,4% |
| Республика Алтай | 11 | 13 | 19 | 29 | 27 | 31 | 27 | 44 | 63,0% |
| Республика Бурятия | 232 | 288 | 343 | 382 | 363 | 477 | 484 | 480 | -0,8% |
| Республика Тыва | 6 | 0 | 7 | 4 | 5 | 9 | 9 | 11 | 22,2% |
| Республика Хакасия | 15 | 23 | 45 | 54 | 59 | 54 | 71 | 95 | 33,8% |
| Алтайский край | 341 | 478 | 1182 | 2628 | 1793 | 1604 | 1609 | 1829 | 13,7% |
| Забайкальский край | 236 | 230 | 312 | 331 | 371 | 376 | 410 | 273 | -33,4% |
| Красноярский край | 621 | 642 | 904 | 1434 | 1341 | 1481 | 1637 | 1955 | 19,4% |
| Иркутская область | 2183 | 2160 | 2153 | 2377 | 2979 | 2716 | 2953 | 3208 | 8,6% |
| Кемеровская область | 923 | 1054 | 1127 | 2687 | 3692 | 4077 | 3994 | 5992 | 50,0% |
| Новосибирская область | 141 | 319 | 1196 | 2534 | 2585 | 2792 | 2714 | 2728 | 0,5% |
| Омская область | 55 | 89 | 113 | 743 | 1201 | 997 | 891 | 789 | -11,4% |
| Томская область | 57 | 76 | 63 | 109 | 125 | 161 | 196 | 349 | 78,1% |
| Дальневосточный ФО | 904 | 838 | 971 | 945 | 1003 | 1025 | 1102 | 1336 | 21,2% |
| Республика Саха (Якутия) | 50 | 50 | 65 | 70 | 74 | 96 | 87 | 85 | -2,3% |
| Камчатский край | 8 | 15 | 25 | 10 | 33 | 21 | 31 | 37 | 19,4% |
| Приморский край | 657 | 600 | 656 | 630 | 618 | 560 | 641 | 783 | 22,2% |
| Хабаровский край | 117 | 102 | 133 | 145 | 173 | 208 | 193 | 214 | 10,9% |
| Амурская область | 28 | 31 | 36 | 24 | 28 | 49 | 43 | 43 | 0,0% |
| Магаданская область | 13 | 5 | 10 | 8 | 7 | 6 | 32 | 44 | 37,5% |
| Сахалинская область | 19 | 21 | 35 | 37 | 52 | 42 | 40 | 74 | 85,0% |
| Еврейская автономная область | 7 | 6 | 3 | 10 | 5 | 24 | 27 | 36 | 33,3% |
| Чукотский авт.округ | 5 | 8 | 8 | 11 | 13 | 19 | 8 | 20 | 150,0% |
| Лица без определенного места жительства | 585 | 595 | 729 | 901 | 962 | 1069 | 890 | 1080 | 21,3% |

© Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора
*Данные из г. Москвы в 2012 г. не поступали, расчет произведен с использованием данных формы мониторинга ПНП Здоровье Роспотребнадзора.

**Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ в Российской Федерации за 2012 год
(по предварительным данным Формы №4 федерального государственного статистического наблюдения)**

| Контингент обследованных | № строки | Код контингентов | Всего обследовано | В том числе | | Обследовано анонимно (из гр. 4) | Проведено анализом обследованным (из гр. 4) | Выявлено положительных результатов у обследованных (из гр. 4) | |
|---|----------|------------------|-------------------|-------------|-------------------|---------------------------------|---|---|-------|
| | | | | Дети (0-14) | Подростки (15-17) | | | в ИФА | в ИБ |
| | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Граждане Российской Федерации всего (сумма строк 02+05+13) в том числе: | 01 | 100 | 26049194 | 521870 | 263844 | 310505 | 29413503 | 244929 | 92894 |
| Обследованные в плановом порядке (сумма строк 03+04) | 02 | 119 | 3880515 | 0 | 0 | 0 | 4342072 | 5169 | 1307 |
| Доноры (крови, биологических жидкостей органов и тканей) | 03 | 108 | 3447622 | 0 | 0 | 0 | 3859782 | 3975 | 1133 |
| Медицинский персонал, работающий с больными ВИЧ-инфекцией или инфицированным материалом | 04 | 115 | 432893 | 0 | 0 | 0 | 482290 | 1194 | 174 |
| Обследованные добровольно (сумма строк 06 - 12) | 05 | 126 | 22010490 | 480487 | 263103 | 306607 | 24815245 | 211399 | 80596 |
| больные наркоманией | 06 | 102 | 245243 | 301 | 1516 | 4639 | 335960 | 25840 | 10541 |
| гомо- и бисексуалисты | 07 | 103 | 2701 | 4 | 14 | 358 | 3740 | 316 | 162 |
| больные заболеваниями, передающимися половым путём | 08 | 104 | 897526 | 2848 | 11063 | 47485 | 1009253 | 10741 | 4281 |
| лица, находящиеся в местах лишения свободы | 09 | 112 | 415995 | 246 | 2921 | 0 | 507642 | 22598 | 10731 |
| обследованные по клиническим показаниям | 10 | 113 | 5726199 | 195158 | 77800 | 5326 | 6375369 | 65346 | 23503 |
| беременные (доноры плацентарной и абортной крови) | 11 | 109 | 5140049 | 1885 | 25943 | 653 | 5585018 | 24403 | 7857 |
| прочие | 12 | 118 | 9582777 | 280045 | 143846 | 248146 | 10998263 | 62155 | 23521 |
| Обследованные при эпидемиологическом расследовании | 13 | 120 | 158189 | 41383 | 741 | 3898 | 256186 | 28361 | 10991 |
| Иностранцы граждане | 14 | 200 | 1243463 | 17479 | 4013 | 1637 | 1333381 | 3957 | 2118 |
| ИТОГО (сумма строк 01+14) | 15 | 300 | 27292657 | 539349 | 267857 | 312142 | 30746884 | 248886 | 95012 |

© Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЗ Роспотребнадзора

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛПУ ПЕРМСКОГО КРАЯ ЗА 2012 г.

Пандемия ВИЧ-инфекции сопровождается непрерывным приростом инфицированных ВИЧ, что ведет к увеличению источников инфекции. Во время оказания медицинской помощи пациентам могут возникать аварийные ситуации при выполнении медицинских манипуляций.

В период с 2000 по 2012гг. на территории Пермского края суммарно зарегистрировано 1635 аварийных ситуаций (АС), при которых кровь или другие биологические жидкости попадали на раневую поверхность, поврежденные или неповрежденные кожные покровы, слизистые оболочки, и возникал риск инфицирования ВИЧ.

Анализ АС за 2012г. показал, что в их структуре аварийные ситуации в ЛПУ составили 50,9% и вышли на 1 ранговое место.

На 01.01.2013г аварийные ситуации среди населения, в ведомствах и службах края распределились по ранговым местам следующим образом:

1. АС среди медицинских работников ЛПУ края –50,9%;
2. АС в быту – 46,8 %;
3. АС среди сотрудников УВД – 1,4 %;
4. АС среди сотрудников ГУФСИН – 0,9 %.

Несмотря на рост распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Пермском крае, с 2004 г. наметилась тенденция снижения регистрации случаев АС среди медицинского персонала на 1000 выполненных медицинских манипуляций.

Показатель регистрации АС на 1000 пролеченных ВИЧ-инфицированных пациентов остается на низком уровне 1,6 (1,2 – 2011г.), что свидетельствует об удовлетворительной работе персонала ЛПУ по вопросам профилактики профессионального заражения гемоконтактными инфекциями.

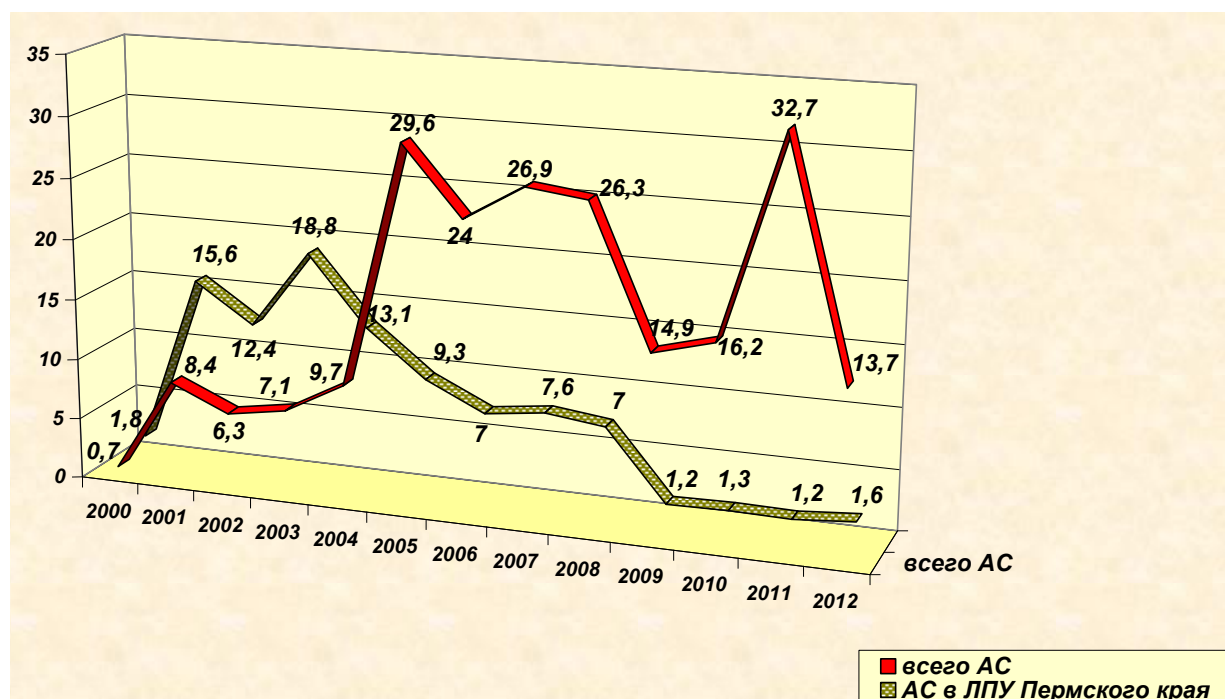


Рисунок № 1. Многолетняя динамика регистрации аварийных ситуаций при контакте с ВИЧ-инфицированными пациентами на территории Пермского края с 2000 по 2012 г.г. (на 1000 ЛЖВС и 1000 пролеченных пациентов в ЛПУ).

Среди медицинского персонала ЛПУ края зарегистрировано 109 аварийных ситуаций за отчетный период.

Профессиональный состав травмированных медицинских работников ЛПУ территорий края выглядят следующим образом:

| Наименование должности | Всего |
|------------------------|------------|
| врачи | 34 |
| акушерки и фельдшера | 9 |
| медицинские сестры | 57 |
| младший медперсонал | 9 |
| ИТОГО: | 109 |

Ранговые места травмированных медицинских работников ЛПУ территорий края:

| Ранговое место | Профессиональная группа | % от общего числа |
|----------------|------------------------------|-------------------|
| 1 | медицинские сестры | 52,3% |
| 2 | врачи | 31,2% |
| 3 | младший медицинский персонал | 8,3% |
| 4 | акушерки и фельдшера | 8,2% |

Удельный вес врачей хирургического профиля среди всех врачебных специальностей составил 91,1% (96,4% - 2011г.) за анализируемый период.

АС возникали при выполнении следующих медицинских манипуляций:

| Виды манипуляций | Всего |
|--|---------------|
| операции и ПХО ран врачи | 18,3% |
| прием родов и кесарево сечение | 5,5% |
| вскрытие трупов | 0,9% |
| выполнение инъекций и внутривенный забор крови на исследование в лаборатории | 44,2% |
| обработка медицинского инструментария | 3,7% |
| утилизация медицинских отходов и уборка помещений | 18,3% |
| прочие ситуации | 9,1% |
| ИТОГО: | 100,0% |

Травмы, полученные во время выполнения инъекций и при заборе крови на исследование в лаборатории составили 44,2%.

Виды травм, полученных медицинскими работниками во время оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, приведены в таблице ниже:

| Виды аварий | ВСЕГО |
|--|---------------|
| уколы инъекционными иглами и инструментарием | 79,1% |
| раны, порезы, ссадины | 7,2% |
| загрязнение кожи | 7,3% |
| загрязнение слизистых | 6,4% |
| ИТОГО: | 100,0% |

Сочетанных травм было зарегистрировано 1.

Травмы высокого риска возможного заражения ВИЧ-инфекцией (0,3%), такие как раны, порезы, глубокие уколы инъекционной иглой или колющим медицинским инструментарием, ссадины, составили 53,2% от общего числа АС (73,3% - 2011г.).

В 100,0% случаев травмированным медицинским работникам на рабочем месте своевременно была оказана экстренная медицинская помощь с использованием аптечки «Анти – ВИЧ/СПИД».

Подлежало назначению экстренной антиретровирусной терапии (АРТ) 101 травмированный медицинский работник, получили – 91 или 90,1% (91,9% - 2011г.) от числа подлежащих.

Причины по которым не была назначена экстренная АРТ (10- травмированных медработника) следующие:

1. Позднее обращение за медицинской помощью – 5 человек;
2. Отказ от лечения – 5 человек.

Медицинские работники в 100,0% случаев использовали средства индивидуальной защиты (СИЗ) во время выполнения лечебных манипуляций и процедур.

На диспансерный учет (ДУ) после АС встал 101 травмированный медицинский работник или 92,7%. Не встали на диспансерный учет и не являлись для обследования 8 медицинских работника.

На 01.01.2013г. случаев профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников ЛПУ территорий края не зарегистрировано.

ВЫВОДЫ:

1. В 2012 году показатель АС среди медицинского персонала ЛПУ края, которые оказывали медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным больным, оставался на низком уровне.
2. На аварийные ситуации, которые произошли при выполнении забора крови и медицинских инъекций ВИЧ-инфицированным пациентам, по-прежнему приходится самый большой процент – 44,2%(45,1% - 2011г.).
3. Высокий удельный вес среди травмированных врачей составили специалисты хирургического профиля 91,1% (96,4% - 2011г.).
4. В 100,0% случаях медицинский персонал ЛПУ использовал СИЗ при выполнении медицинских манипуляций.

ЗАДАЧИ ПЕРЕД ЛПУ ПЕРМСКОГО КРАЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА 2013 ГОД:

1. Ответственным специалистам по профилактике ВИЧ-инфекции в ЛПУ:

1.1. Продолжить работу по совершенствованию профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников в случае возникновения аварийных ситуаций согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

1.2. Во время проведения в ЛПУ ежегодных семинаров по ВИЧ-инфекции с медицинскими работниками, обратить особое внимание на вопросы:

- предупреждение аварийных ситуаций среди врачей хирургического профиля;
- назначение ранней экстренной химиопрофилактики ВИЧ-инфекции, в первые минуты после травмы;
- проведение по показаниям экстренной вакцинации против вирусного гепатита В травмированных по укороченной схеме.

2. Специалистам эпидемиологической службы ЛПУ края:

2.1. Обеспечить контроль за проведением всего комплекса противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение профессионального заражения медицинских работников ЛПУ ВИЧ-инфекцией, полноту охвата диспансерным наблюдением за травмированными медицинскими работниками.

2.2. Продолжить внедрение в ЛПУ края компьютерной программы РУСОНЕТ, обеспечивающей своевременную регистрацию и дальнейшее эпидемиологическое слежение за выполнением противоэпидемических мероприятий, качеством диспансеризации травмированных медицинских работников.

2.3. В установленные сроки и по требованию специалистов ГКУЗ ПКЦ СПИД и ИЗ своевременно предоставлять сведения по обследованию медицинских работников, находящихся на диспансерном учете по аварийным ситуациям.

Н. Н. КРАСНОПЕРОВА,
врач эпидемиолог ГКУЗ ПКЦ СПИД и ИЗ.

Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных больных

По данным ВОЗ, в настоящее время во всем мире ежегодно регистрируется около 8 млн. новых случаев туберкулеза. Самый высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в 2004 г. и составил 142 случая на 100 тыс. человек. За последние несколько лет показатели заболеваемости туберкулезом в России также заметно выросли. При этом в 24 субъектах Российской Федерации показатель заболеваемости превышает 100 на 100 тысяч населения (так в Пермском крае показатель заболеваемости туберкулезом составляет 108,6 на 100 тыс. населения по данным на 2008 год). Особую опасность туберкулез представляет для ВИЧ-инфицированных лиц. У больных, сначала инфицированных *M. tuberculosis*, а затем вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), риск развития туберкулеза составляет 5 – 10% в год. Если эти инфекции развиваются в обратном хронологическом порядке, их сочетание протекает более драматично: обычно более чем у 50% ВИЧ-инфицированных туберкулез возникает в течение нескольких месяцев, сразу за первичным инфицированием. За 2009 – 2011 годы на территории Пермского края среди ВИЧ-инфицированных смертность от туберкулеза вышла на первое место, до этого основной причиной смерти было отравление психо-активными веществами. Срок жизни от даты постановки диагноза до даты смерти от туберкулеза составляет в среднем 6,3 года.

Установлено, что риск развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в 6 раз выше, чем у тех, у кого эта инфекция отсутствует. Проблема туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией стала очевидна в последнее десятилетие XX века. Сходство отдельных звеньев патогенеза, вовлечение в эпидемиологический процесс одних и тех же групп населения при условии высокой инфицированности микобактериями туберкулеза населения обусловили крайне неблагоприятное развитие сочетанной эпидемии. По данным ВОЗ, в 2007г. в мире количество больных сочетанной инфекцией составило 137 тыс. человек, или около 13% от всех случаев туберкулеза. В создавшейся ситуации особенно актуальной стала необходимость координации и выработки единой стратегии в работе служб борьбы с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, которые регламентируются утвержденными Минздравом РФ в 2006г. методическими рекомендациями «Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным».

Как доказано, ВИЧ поражает и приводит к гибели преимущественно Т-лимфоциты, и особенно популяцию Т-хелперов (СД – 4 лимфоциты), которые играют ключевую роль в противотуберкулезном иммунитете. Снижение их количества в организме человека серьезно нарушает клеточный иммунитет. При этом ВИЧ влияет также на альвеолярные макрофаги, моноциты и полинуклеары, снижая их способность мигрировать в легкие. Более частое развитие туберкулеза у ВИЧ-инфицированных может происходить как из-за снижения сопротивляемости к первичному или повторному заражению микобактериями туберкулеза, так и в результате реактивации старых остаточных посттуберкулезных изменений и ослабления противотуберкулезного иммунитета. ВИЧ-инфекция на стадии глубокого иммунодефицита – самый мощный фактор для прогрессирования латентной инфекции в активный туберкулез.

Среди контингента ВИЧ-инфицированных продолжает расти число лиц, у которых развиваются поздние стадии ВИЧ-инфекции. В отличие от большинства вторичных заболеваний (в том числе остальных микобактериальных инфекций, которые развиваются на поздних стадиях ВИЧ-инфекции), туберкулез может развиваться на любой стадии ВИЧ-инфекции при любом количестве CD4-лимфоцитов, однако остро прогрессирующий, генерализованный, диссеминированный туберкулез характерен именно для больных с выраженным иммунодефицитом. Клинические проявления туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией зависят от степени выраженности иммунодефицита. Базовые клинические исследования показали, что на «ранних» стадиях ВИЧ-инфекции (III Б – IV А стадии по классификации В. И. Покровского) клинические проявления туберкулезной инфекции не отличаются от течения туберкулеза у неинфицированных ВИЧ людей. В этот период течения ВИЧ-инфекции туберкулез обычно проявляется изолированным процессом с образованием инфильтративно-очаговых изменений, преимущественно в верхних долях легких, часто с образованием полостей распада. Клиническая картина характеризуется изначально малосимптомным течением, затем постепенно развивается характерный для туберкулезной инфекции интоксикационный синдром, характеризующийся повышением температуры, преимущественно в вечернее время, слабостью, потливостью, позже присоединяется кашель с умеренным количеством слизисто-гнойной мокроты, нередко кровохарканьем. Чувствительность к туберкулину, как правило, сохранена и сопоставима с данными у пациентов без ВИЧ-инфекции. По мере прогрессирования иммунодефицита, когда количество Т-лимфоцитов снижается, туберкулез прогредиентно степени угнетения клеточного иммунитета приобретает черты первичного, со склонностью к поражению лимфоидной ткани, серозных оболочек и развитием лимфоидно-гематогенной диссеминации. В структуре клинических форм начинает преобладать туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, диссеминированные, милиарные процессы, поражение серозных оболочек. Чем глубже проявления иммунодефицита, вызванного ВИЧ-инфекцией, тем чаще встречаются генерализованные формы туберкулеза. Достаточно характерным для этого периода течения туберкулеза является специфическое поражение нервной системы, которое является самым грозным проявлением туберкулеза и может протекать в виде менингита и менингоэнцефалита.

Таким образом, диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза, сочетанного с ВИЧ–инфекцией, остаются важной проблемой современной медицины. Проблемы борьбы с туберкулезом, прежде всего, заключаются в ранней диагностике этого заболевания, своевременно начатом лечении и проведении комплекса профилактических мероприятий в «очаге туберкулезной инфекции». Для правильной постановки диагноза необходимо обнаружение достоверных признаков: определение МБТ в патологическом материале или патоморфологическое подтверждение специфического процесса. Существующие традиционные методы обнаружения МБТ требуют либо большого числа микробных тел (100000 микробных тел в 1,0 мл патологического материала) при простой бактериоскопии, либо характеризуются длительностью получения результата (2-3 месяца) при посеве материала на питательные среды. Сведения об обнаружении возбудителя туберкулеза в мокроте у больных ВИЧ–инфекцией носят противоречивый характер. Часть авторов считают, что бактериовыделение при туберкулезе на «поздних» стадиях ВИЧ–инфекции обнаруживается реже и колеблется в диапазоне 17,4%-36,3%. По результатам других исследований, бактериовыделение у больных ВИЧ–инфекцией встречается даже чаще, чем у ВИЧ–негативных (81% против 65%).

Сравнительная характеристика методов бактериологической диагностики

| Основные виды бактериологических исследований | Чувствительность метода (количество КУМ в 1 мл материала) | Специфичность метода | Сроки выполнения |
|---|---|----------------------|----------------------------|
| Микроскопия осадка по Цилю-Нильсону | 5000 - 10000 | 95-98% | 1-2 дня |
| Люминесцентная микроскопия осадка | 500 - 10000 | 95-98% | 1-2 дня |
| Бактериологический посев на жидкие питательные среды | 100 – 1000 | 99% | 14-21 день |
| Бактериологический посев на плотные питательные среды | 100 – 1000 | 99% | От 3 недель до 2,5 месяцев |
| ПЦР диагностика | 1-10 | 99,9% | 1 день |

В связи с этим весьма актуальной является разработка и применение методов ускоренной диагностики туберкулеза. Таким образом, ПЦР–диагностика туберкулеза различных локализаций позволяет диагностировать активный туберкулез в несколько раз быстрее, чем бактериоскопический и бактериологический методы.

В условиях нарастания распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза и туберкулеза сочетанного с ВИЧ–инфекцией, обострилась необходимость разработки стандартов по эффективности химиотерапии и этиологической диагностике туберкулеза. В 2011г. при Профильной комиссии Экспертного совета при внештатном главном специалисте–фтизиатре Минздравсоцразвития РФ была разработана концепция по принципам химиотерапии и применению новейших ускоренных методов диагностики туберкулеза (ПЦР–диагностика), позволяющая получать максимальную достоверность результатов в кратчайшие сроки и своевременное начало лечения. Вместе с тем, принятые меры улучшения диагностики и лечения туберкулеза, не уменьшают значимость профилактических мероприятий по предупреждению развития туберкулеза у ВИЧ–инфицированных лиц, а именно:

1. Противоэпидемические мероприятия
- разобщенность потоков больных в ЛПУ.
- лечение больных открытой формой туберкулеза, сочетанного с ВИЧ–инфекцией, в специализированных противотуберкулезных отделениях.
2. Превентивное лечение туберкулеза у ВИЧ–инфицированных с низким иммунным статусом.

В.В. БОНДАРЕВИЧ,
врач-инфекционист ГКУЗ ПКЦ СПИД и ИЗ;

Л. Н. СМЕРНОВА,
врач-бактериолог баклаборатории ГКУЗ ПКЦ СПИД и ИЗ.

Анти-СПИД-калейдоскоп (по материалам ИНТЕРНЕТ)



Американская девочка стала вторым человеком, излеченным от ВИЧ?

Однако врачи пока не торопятся с выводами о чудо-излечении

Найдено лечение от ВИЧ — именно с такой новостью обрушились на читателей мировые СМИ после заявления врачей об успешном излечении двухгодовалой девочки из Миссисипи, родившейся с опасным вирусом. Однако пока медики пока ещё проводят регулярные тесты на наличие «следов» вируса в организме. «Если это не излечение, то что-то близкое к нему», - отметили специалисты на конференции в Атланте. Кроме того, неизвестно, будет ли использованный учёными метод работать в отношении других людей.

Девочку (её имя не разглашается по понятным причинам) начали лечить уже через 30 часов после рождения — причём ещё до того, как анализы подтвердили, что её мать заражена. Врачи поняли, что малышка находится в группе высокого риска. Грубо говоря, медикам, использовавшим сразу несколько препаратов в максимальной дозировке, удалось не допустить, чтобы вирус создал так называемые «резервуары спящих клеток», которые активизируются при прекращении приёма препаратов и ведут к быстрому заражению, объясняет Дебора Персод из Детского центра Джона Хопкинса в Балтиморе.

Как отмечают медики, насколько бы успешным ни было лечение, важнее предупреждать рождение детей с ВИЧ. В США тесты матерей на ВИЧ являются частью наблюдения за ними в период беременности. Поэтому даже у инфицированных женщин зачастую рождаются здоровые дети.

Сейчас маму девочки из Миссисипи лечат при помощи медикаментов, а саму малышку регулярно проверяют на «следы» вируса.

Слухи о полном излечении от ВИЧ то и дело появляются в СМИ — таких счастливиц можно набрать десятки. Однако речь идёт, как правило, о временном улучшении — на протяжении нескольких месяцев в анализах не выявляется ничего сомнительного, но позднее вирус вновь обнаруживает себя.

Первым официальным прецедентом полного излечения от ВИЧ на сегодняшний день является случай Тимоти Рэя Брауна, известного как «берлинский пациент». О его излечении было объявлено в 2010 году — на тот момент он уже три года обходился без препаратов.

При этом и сам Браун и его лечащий врач отмечали, что метод, использованный ими (пересадка стволовых клеток от донора с определенной генетической мутацией, делающей иммунитет неуязвимым для вируса), может не сработать в отношении других людей. Браун, долгое время сохранявший инкогнито и фигурировавший в прессе лишь как «берлинский пациент», со временем вышел «из подполья» и начал вести активную деятельность в поддержку борьбы с ВИЧ. Как отмечал он сам, его случай был ложно истолкован многими — появилось заблуждение, что вирус в принципе побежден и нет смысла двигаться дальше в поиске методов лечения.

Сейчас Брауну вторит и доктор Энтони Фаучи из американского Национального института здравоохранения, который участвовал в лечении девочки из Миссисипи. По его словам, результаты, к которым медикам удалось прийти на данном этапе, открывают огромные перспективы, но не означают необходимость тут же отказаться от уже практикуемых препаратов против СПИДа.

Ренат Абдуллин

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

Суть новаторского приема в том, что терапию ребенку начали давать не через несколько недель, как обычно, а в первые часы жизни, едва только были выявлены признаки наличия вируса. И российские специалисты говорят, что - да, это прорыв в лечении детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. Но на поток этот метод ставить пока рано.

- Там терапию начали применять в первые сутки, как только были выявлены признаки инфицирования, - комментирует «МК» руководитель Федерального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим ПОКРОВСКИЙ. - И если действительно, ребенок был заражен, и сейчас вируса на самом деле нет, то это может говорить о том, что он не успел распространиться по организму и осесть в клетках. Но в России практического значения этот метод иметь не может, или только для очень небольшого количества детей. Все-таки подавляющее количество женщин с ВИЧ-инфекцией у нас получает терапию во время беременности и родов.

- Но тем не менее, 500 инфицированных детей у нас каждый год рождается...

- Да. Но это хорошо, что у этой девочки смогли установить признаки инфицирования. А бывает, что и не установишь... В общем, это очень интересно, но нужны еще подтвержденные случаи. Надо выяснить, как долго надо применять терапию, какая была вирусная нагрузка при рождении. И уже потом строить какую-то технологическую цепочку. Но, конечно, мы возьмем этот случай на заметку. (<http://www.mk.ru>, 05.03.2013)

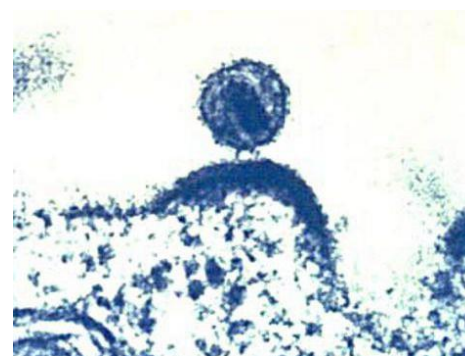
▶ Открыт "блокиратор" СПИДА

Обнаружен белок, не пускающий ВИЧ в клетку

Исследователи из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (США) заявляют о новом белке, который теоретически холестерол-25-гидроксилаза, фермент, который превращает холестерол в 25-гидроксихолестерол.

Когда исследователи заметили, что он подавляет рост ВИЧ в культуре клеток, исследователи попытались затормозить размножение вируса у живой мыши, которой пересадили человеческие ткани, и фермент снова сработал как надо, за неделю остановив распространение вируса и гибель иммунных Т-клеток.

С другой стороны, мыши, у которых ген холестерол-25-гидроксилазы выключали, становились особенно чувствительны к вирусной атаке — например, к заражению мышинным вирусом герпеса.



Как выяснили исследователи, активация фермента зависит от интерферона, то есть наряду с другими интерферон-активируемыми белками входит в систему противовирусной защиты клетки. Белок успешно защищает клетку не только от ВИЧ, но и от вируса лихорадки Эбола, Рифт — Валли и др. У всех этих вирусов есть одна особенность: поверх белковой оболочки они несут ещё и липидную, с белками и углеводами, взятую от предыдущей клетки. Во многом благодаря этой липидной оболочке вирус проникает в новую клетку. Фермент же так модифицирует холестерин в мембране клетки, что вирус не может установить с ней контакта: не способен, иными словами, войти внутрь.

С клиническими испытаниями, между тем, всё может быть не так просто: холестерин-25-гидроксилазу трудно внедрить в клетку в больших количествах. С другой стороны, нужно ещё перепроверить, действительно ли он противодействует вирусам тропических лихорадок: с этими вирусами опыты ставились пока что только на культуре клеток. Впрочем, даже если фермент поможет справиться с одним лишь ВИЧ, это будет более чем неплохо. (<http://www.mk.ru>, источник: www.computerra.ru, 13.02.2013)



Иммунные клетки помнят то, чего не было

Когда в организме появляется новая бактерия или новый вирус, иммунная система направляет на них Т-клетки, которые пытаются ухватиться за какие-нибудь специфичные молекулы вторгшегося патогена. Эти Т-клетки впоследствии превратятся в Т-клетки памяти: они будут помнить «нарушителя спокойствия», и если в будущем он снова возникнет в организме, то иммунитет уже будет знать, кто это и как с ним бороться.

Принято считать, что иммунная память формируется вот в таких столкновениях; иными словами, нет возбудителя — нет и памяти. Всё логично, но исследователи из Стэнфордского университета (США) взяли оспорить это утверждение.

Они сравнили образцы крови, взятые у двадцати шести людей, у которых никогда не было ни ВИЧ, ни цитомегаловируса, ни вируса простого герпеса. Несмотря на это, во всех анализах были найдены Т-клетки,

настроенные на распознавание этих вирусов, и половина из них — Т-клетки памяти. Свои результаты учёные опубликовали в журнале Immunology.

Откуда, спрашивается, у Т-клеток ложная память? Тут нужно понимать, что для иммунной клетки вирус — это всего лишь набор пептидов. Целый вирус — во всей, так сказать, неповторимости его облика — Т-клетка не видит. А отдельные пептиды у разных патогенов могут быть схожи. Например, вы запомнили, что у какого-то человека курносый нос или зелёные глаза. Но курносый нос и зелёные глаза есть не только у него, и если вы будете ориентироваться на черты, взятые отдельно от лица в целом, то рискуете спутать вашего знакомого с целой оравой курносых людей, а также с отдельной армией зеленоглазых.

Проверить, действительно ли иммунные клетки путают патогены, оказалось легко. Исследователи ввели нескольким добровольцам вакцину против вируса гриппа H1N1, после чего обнаружили, что Т-клетки памяти настроились не только на вирус, но ещё на пару бактерий, у которых были белки, схожие с вирусными. Если же иммунным клеткам «показывали» пептиды, взятые от почвенных бактерий или, к примеру, от морских водорослей, то у Т-клеток появлялась способность узнавать ВИЧ.

С одной стороны, это объясняет известный феномен, когда привитые от кори дети меньше болеют и другими болезнями. А с другой — заставляет задуматься над новыми возможностями в создании вакцин: к примеру, можно ли специально создавать такие гибридные вакцины, которые защищали бы сразу от целого спектра патогенов? Наконец, тут есть над чем поломать голову специалистам в области молекулярной эволюции — ведь не может не интриговать то, что ВИЧ и морские водоросли, столь разные по организации и по образу жизни, оказались похожи своими белками.

(Подготовлено по материалам NewScientist.

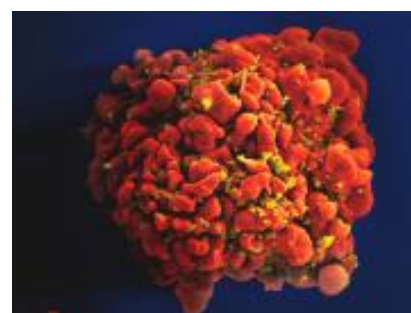
Источник: <http://science.computenta.ru/736938/> 27.01.2013)



ВИЧ вновь становится болезнью сексуальных меньшинств

В соответствии с заявлением исследователей, рискованное сексуальное поведение гомосексуальных и бисексуальных представителей мужского пола является одной из причин распространения вируса иммунодефицита человека.

Такая информация была озвучена британскими докторами, которые также заявили, что сейчас жертвой ВИЧ является каждый двадцатый гомосексуалист или бисексуал Туманного Альбиона. Основной причиной распространения ВИЧ среди представителей этой категории населения является незащищённость половых актов. По мнению специалистов, если представители сексуальных меньшинств не изменят свое отношение к рискам,



Т-клетка с частицами ВИЧ на поверхности (фото NIAID_Flickr).

связанным с заболеваниями, передающимися половым путем, в ближайшее время общество вновь начнет относиться к ВИЧ-инфекции как к болезни сексуальных меньшинств.

(Источник: <http://www.isra.com/news/158897>, 08.02.2013).



Чему нас может научить история стигмы?

Несмотря на огромные успехи в борьбе со стигмой и дискриминацией людей с ВИЧ по сравнению с началом эпидемии, мы постоянно сталкиваемся с вопиющей дискриминацией в связи с ВИЧ-статусом, даже в судебной системе США. В этом году мужчине из Пенсильвании отказали в работе помощником медбрата, когда он раскрыл свой ВИЧ-статус работодателю. Еще более возмутительный факт – ВИЧ-положительных людей в пени-тенциарной системе Алабамы и Южной Каролины изолируют от других заключенных, регулярно помещают в одиночные камеры, часто выдают специальные браслеты, раскрывающие их положительный ВИЧ-статус. На глобальном уровне стигма в отношении ВИЧ затрудняет доступ к тестированию и медицинской помощи, что однозначно сказывается на качестве жизни отдельных людей.

Законы могут защищать права человека, если они нарушены, но подобная дискриминация приводит к устойчивым ложным представлениям о путях передачи ВИЧ, что лишь сильнее подпитывает стигму. В 2009 году в США один из пяти американцев верил, что ВИЧ может передаваться, если пить из одного стакана, плавать в одном бассейне или пользоваться одним туалетным сидением с ВИЧ-положительным человеком.

Дискриминация против людей с ВИЧ – это, возможно, самое яркое проявление стигмы в связи с заболеванием конца двадцатого, начала двадцать первого века. Однако стигма в отношении болезни – это старое как мир явление, история стигмы длится веками, и само явление не сильно изменилось со времен средневекового страха перед проказой.

Удивительно, но в каждом без исключения историческом периоде при каждой вспышке практически любого заболевания возникала стигматизация заболевших. Вспышки инфекции представлялись как вина «низших» и «аморальных» социальных классов, власть имущие требовали их карантина или полного изгнания как угрозы обществу. Эти «низшие» и «аморальные» люди относились к разным социальным группам, но всегда это были те, кого изначально воспринимали как чужаков, аутсайдеров, обитателей задворков общества. Это могли быть иностранцы, иммигранты, расовые меньшинства, люди с низким социо-экономическим статусом.

Появление инфекционных заболеваний на ранних стадиях, особенно пока неизвестны пути передачи, наиболее часто связано с формированием стигмы. Например, возьмем полиомиелит в Америке. Когда началась эпидемия полиомиелита, эта инфекция одинаково часто поражала как бедных, так и богатых. Несмотря на это официальные представители здравоохранения заявляли, что эпидемия распространяется из-за бедности и «грязных» городских районов. В результате, ответными мерами на эпидемию стал принудительный карантин заболевших в бедных городских кварталах.

Другие хорошие примеры – вспышки тифа и холеры в 1892 году в Нью-Йорке. В эпидемии обвинили еврейских иммигрантов из Восточной Европы. В результате, еврейских иммигрантов, прибывавших в Нью-Йорк, больных или здоровых, подвергали карантину на острове под руководством Департамента здравоохранения города, где люди были вынуждены жить в ужасных и антисанитарных условиях. Хотя такие инфекционные заболевания действительно требуют серьезных мер, в данном случае действия властей стигматизировали целую группу людей и не были основаны на научных принципах.

Стигма в целом всегда включает динамику «мы» против «них». Таким образом, стигма в отношении инфекционных заболеваний – это как бы продолжение других страхов общества, особенно ксенофобии и общего страха перед чужаками.

Страх чужака остается повсеместным. Например, до 2009 года ВИЧ-положительным людям был запрещен въезд в США. Отмена этого запрета позволила провести в США Международную конференцию по СПИДу в 2012 году, впервые за 20 лет. Связь между страхом «зарубежного вторжения» и «вторжения болезни» слились вместе в отношении инфекций, которые становятся препятствием для путешествий.

Так чему же нас может научить история? Стигма и дискриминация остаются основным препятствием для медицинской помощи при ВИЧ/СПИДе, туберкулезе и других инфекциях. Так что поиск способов уменьшить стигму – это важная и неотъемлемая часть здравоохранения. Признание долгой истории стигмы в отношении заболеваний позволяет нам понять, как формируются стигматизирующие взгляды, и как их можно нейтрализовать. Вместо того чтобы просто обвинять тех, кто стигматизирует других людей, в невежестве, мы должны понять происхождение их взглядов и то, как мы можем лучше информировать их.

Мы также должны анализировать историю различных вмешательств против стигмы, которые оказались эффективными в прошлом. Как именно удавалось уменьшить стигматизирующие взгляды? Если решение в образовании, то какие образовательные методы наиболее эффективны? Как СМИ следует представлять эпидемиологическую статистику, не пробуждая страх в отношении определенных этнических, расовых или социо-экономических групп, который может возрасти из-за ассоциации с болезнью? Что должны знать представители общественного здравоохранения и врачи, чтобы избежать невольных обвинений в адрес тех или иных групп, подверженных какому-то заболеванию? Научные исследования стигмы должны оценить, какие методы

были эффективны в прошлом. Так мы поймем, что поможет нам уменьшить ужасную дискриминацию, которая продолжает лишать людей необходимой медицинской помощи.

Автор: доктор Сара Горман, специалист ВИЧ, туберкулезу, женскому и детскому здоровью, сотрудник Проекта по законодательству о ВИЧ, исследователь из Департамента эпидемиологии Университета Гарварда.

(Источник: <http://parniplus.ru/news/hiv-news/496-chemy-nas-mojet-navchit-istoriia-stigmy>, 04.02.2013).



В знак солидарности: 30-й Международный день памяти людей, умерших от СПИДа — 19 мая 2013 года



Темой 30-го Международного дня памяти людей, умерших от СПИДа, является слоган «В знак солидарности». В воскресенье 19 мая 2013 года местные общественные организации во всем мире в 30-й раз отметят Международный день памяти умерших от СПИДа. Сообщества смогут воспользоваться этим случаем, чтобы повысить уровень осведомленности о ВИЧ, выразить поддержку и объединиться с людьми, живущими с ВИЧ, а также вспомнить близких и родных, потерянных из-за ВИЧ и СПИДа. Зарегистрироваться на участие в мероприятиях Дня

памяти 2013 года можно на сайте www.candlelightmemorial.org.

Тема «В знак солидарности» подчеркивает необходимость того, чтобы люди, живущие с ВИЧ и пострадавшие от него, взяли за руки и объединили свои усилия в борьбе с ВИЧ. Солидарность в сообществах имеет крайне важное значение для снижения стигмы и вовлечения людей, живущих с ВИЧ, в целях обеспечения более эффективной борьбы с ВИЧ. Только вместе, в составе сообществ, мы можем выступать за всеобщий доступ к качественным медицинским и социальным услугам.

Проведение Дня памяти в 30-й раз – это не повод для празднования. Когда День памяти умерших от СПИДа был впервые организован в 1983 году, никто не мог предсказать масштабы глобальной эпидемии. К сожалению, и по сей день ВИЧ, унесший миллионы жизней, ВИЧ, которым заражено около 33 миллионов людей, составляет нашу печальную и трудную реальность.

В то время как для одних людей ВИЧ превратился в простое хроническое заболевание, у других людей по-прежнему нет доступа к лечению, они ежедневно сталкиваются со стигмой, дискриминацией и нарушением своих прав. Международный день памяти людей, умерших от СПИДа, напоминает нам о том, что ВИЧ влияет на нашу жизнь как на местном, так и на глобальном уровне.

В рамках Международного дня памяти людей, умерших от СПИДа, был выпущен постер по случаю Всемирного дня борьбы со СПИДом 2012 года. Вы можете скачать постер (разные размеры и форматы) и баннер для электронных писем и сайтов по адресу <http://www.candlelightmemorial.org>. На этом сайте вы также можете зарегистрироваться в качестве координатора сообщества по проведению Дня памяти умерших от СПИДа 2013 года. На сайте есть бланки регистрации на английском, французском и испанском языках.

Международный день памяти людей, умерших от СПИДа, является одной из старейших и крупнейших кампаний по мобилизации широких масс и сообществ с целью повышения информированности о ВИЧ. Международный день памяти умерших от СПИДа проводится каждое третье воскресенье мая. Его организуют 1200 общественных организаций в 115 странах, а на международном уровне его координатором является Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ.

Для получения дополнительной информации о данном пресс-релизе: Пожалуйста, свяжитесь с GNP + (Martin Stolk, сотрудник по внешним связям и связям с общественностью, по электронной почте или по телефону +31-20-423 4114)

(Источник: <http://parniplus.ru/news/hiv-news/492-v-znak-solidarnosti-30-yi-mejdynarodnyi-den-pamiati-ludei-ymershih-ot-spida-19-maia-2013-g>, 28.01.2013).



МЗ РФ опубликовало проекты стандартов помощи при ВИЧ-инфекции

6 февраля 2013 года на сайте Министерства здравоохранения опубликован проект приказа «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)». Двумя неделями ранее были опубликованы проекты приказов с соответствующими приложениями «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» — 29 января



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ря, и приказ «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» — 24 января 2013 года.

Все три проекта стандартов выпущены министерством во исполнение и в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). (<http://arvt.ru/news/>, 07.02.2013)



Началась III фаза испытаний пролекарства тенофовира

24 января 2013 года Gilead объявила о начале первого из двух запланированных клинических испытаний пролекарства* тенофовира (TAF, ранее — GS-7340) III фазы (Исследование 104). В первой части III фазы испытаний препарат будет исследоваться в составе комбинированного лекарственного средства, включающего TAF 10 мг / элвитегравир 150 мг / кобицистат 150 мг / эмтрицитабин 200 по сравнению с новым комбинированным препаратом Стрибилд (элвитегравир 150 мг / кобицистат 150 мг / эмтрицитабин 200 мг / тенофовира дизопроксил фумарат 300 мг). Начало второй части III фазы (Исследование 111) запланировано на первый квартал 2013 года.

Исследования 104 и 111 являются рандомизированными, двойными-слепыми, 96-недельными клиническими испытаниями среди ВИЧ-инфицированных взрослых, ранее не получавших антиретровирусной терапии, с исходной вирусной нагрузкой ≥ 1000 копий/мл. В этих исследованиях будут рандомизированы (1:1) в общей сложности 840 пациентов: в первое группе (n = 420) пациенты будут получать один раз в день таблетку, содержащую TAF 10 мг / элвитегравир 150 мг / кобицистат 150 мг / эмтрицитабин 200 мг, а во второй группе (n = 420) — Стрибилд /Stribild.

В соответствии с требованиями FDA, первичной конечной точкой исследования будет достижение долей пациентов с вирусной нагрузкой <50 копий/мл к 48 неделе терапии. Вторичной конечной точкой является доля пациентов, достигших вирусной нагрузки <20 копий/мл и <200 копий/мл к 48 и к 96 неделям терапии.

В исследование будут включены пациенты с нарушениями функции почек, а именно пациенты со скоростью клубочковой фильтрации от 50 мл/мин до 90 мл/мин. У всех пациентов будет оценена минеральная плотность костной ткани до начала терапии и затем каждые 24 недели исследования (сканирование, метод DEXA). Минеральная плотность костной ткани будет оцениваться для всех пациентов в начале и каждые 24 недели исследования. По окончании 96 недель участникам будет представлена возможность продолжить прием того препарата, который они получали в ходе исследования в ослепленном режиме.

Регистрация в США нового препарата на основе TAF возможна через 3-4 года после начала III фазы клинических исследований.

*пролекарство — химически модифицированная форма лекарственного средства, которая в биосредах в результате метаболических процессов превращается в само лекарственное средство.

Подробнее о TAF (tenofovir alafenamide, GS-7340).

- «Gilead Initiates Phase 3 Clinical Program for Tenofovir Alafenamide, a Novel Low-Dose Prodrug for the Treatment of HIV» 24 января 2013 года, пресс-релиз Gilead.

(<http://arvt.ru/news/>, 25.01.2013).



В поисках ответа на вопрос «когда»

Текущие рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2010) предусматривают начало терапии ВИЧ-инфекции при уровне CD4+ лимфоцитов менее 350 в мкл, национальные руководства богатых стран предусматривают начало терапии при более высоком уровне иммунного статуса, или, как в последней редакции руководства DHHS, обосновывается возможность начала терапии при уровне выше 500 клеток в мкл. Несмотря на растущее признание раннего начала терапии, нет рандомизированных клинических исследований, которые бы четко демонстрировали выгоды от немедленного начала терапии в острой или ранней ВИЧ-инфекции. В январе The New England Journal of Medicine (NEJM) публикует сразу два исследования на эту тему...

Первое исследование (Walker и др.) приводилось в группах пациентов с давностью ВИЧ-инфекции менее шести месяцев, случайным образом участников разделили на три группы: 123 пациента принимали терапию лишь в течение 48 недель, 120 — в течение 12 недель, и 123 пациента не начинали принимать АРВТ. Первичной конечной точкой исследования было достижение участниками порогового значения для начала терапии в 350 CD4-клеток/мкл. При медиане наблюдения в 4,2 года лишь группа, получавшая АРВТ 48 недель, показала статистически значимое снижение вероятности достижения первичной конечной точки исследования — на 29% реже пациенты из данной группы достигали в данный период падения уровня CD4-клеток до порогового уровня для начала терапии ВИЧ-инфекции.

Второе исследование (Т.Ле и др.) рассматривало 48-месяцев острого или раннего периода ВИЧ-инфекции в двух группах: в одной (n=384) пациенты не получали терапию, а во второй (n=312) начинали получать после включения в исследование. Среди тех, кто не получал АРВТ, уровень CD4-клеток в первые четыре месяца от предполагаемой даты инфицирования увеличивался, после падения в острый период, от медианного значения 495 клеток до 763, а затем вновь неуклонно начинал падать.

В группе, где пациенты начали принимать терапию через четыре месяца от инфицирования и ранее, 64% достигло уровня 900 CD4-клеток в мкл против 34% в группе, которая начинала терапию позже 4 месяцев от вероятной даты инфицирования. Также в группе отсроченного начала вероятность достижения уровня 900 клеток/мкл была на 65% ниже, а скорость восстановления была на 56% медленнее. Данное исследование демонстрирует, что раннее начало терапии характеризуется значимо более высокими темпами восстановления иммунитета после острого периода.

Оба исследования показали, что терапия в острой и начальной фазе ВИЧ-инфекции позволяет достичь лучшего восстановления иммунитета, но эти исследования не продемонстрируют главного — четкого клинического преимущества данного подхода.

Сегодня уже очевидно, что в подходах раннего начала скрыты определенные резервы для терапии ВИЧ-инфекции, и, учитывая огромный интерес в этой области, без сомнений, работы ближайшего будущего расставят все точки над *i* в вопросе о том, как и когда оптимально начинать терапию ВИЧ-инфекции.

- В. Walker, M. Hirsch «Antiretroviral Therapy in Early HIV Infection» [N Engl J Med 2013; 368:279-281, 17.01.2012.](#)
- В. Walker, M. Hirsch «Short-Course Antiretroviral Therapy in Primary HIV Infection» [N Engl J Med 2013; 368:3, 279-281, 17.01.2012.](#)
- Т. Ле, Е. Уайт, Д. Смит, и др. «Enhanced CD4+ T-Cell Recovery with Earlier HIV-1 Antiretroviral Therapy» [N Engl J Med 2013; 368:3, 279-281, 17.01.2012.](#)

(<http://arvt.ru/news/>, 25.01.2013)



Три события уходящего года

17 декабря известный эксперт в области ВИЧ-инфекции Пол Сакс (Paul Sax, Brigham and Women's Hospital, Бостон) на страницах [Medscape](#) подвел итоги года, выделив важнейшие, с его точки зрения, события. Редакция проекта «Антиретровирусная терапия online — [arvt.ru](#)» разделяет оценки доктора Сакса, итак, год 2012...

№1

27 марта 2012 года в опубликованном обновленном Руководстве Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (DHHS) терапию ВИЧ-инфекции рекомендовано начинать вне зависимости от уровня CD4 клеток [thestartstudy.org](#) Данная тактика уже получила название «Test and Treat» (Тестирование и лечение). В настоящее время проводится исследование START (Strategic Timing of Anti-Retroviral Treatment), которое призвано дать четкий ответ на вопрос о времени начала терапии: ждать ли падения уровня CD4+ лимфоцитов до уровня 350 клеток/мкл или начинать терапию так рано, как это возможно?

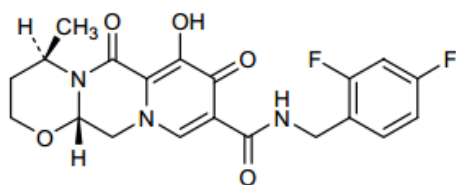


№2

STRIBILD™ 
elvitegravir 150mg/ cobicistat 150mg/ emtricitabine 200mg/ tenofovir disoproxil fumarate 300mg tablets

США как альтернативный режим для пациентов, ранее не получавших антиретровирусную терапию. В ЕС регистрацию препарата ожидают в 2013 году.

№3



Структурная формула долутегавира, C₂₀H₁₉F₂N₃O₅ замыкает тройку событий еще один новый препарат, чье одобрение для применения в США может произойти уже в следующем году. Долутегавир должен стать вторым принятым на вооружение ингибитором интегразы после ралтегавира, но новый препарат допускает однократный прием, и он отлично показал себя в двух клинических исследованиях III фазы.

Объявления

Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД проводит бесплатное анонимное обследование на ВИЧ-инфекцию по адресу: **ул. Связева, 21 (остановка "Нагорный")**.

Здесь же ведут прием врачи: терапевт, иммунолог, дерматовенеролог, гинеколог, фтизиатр, педиатр, стоматолог, невролог, нарколог, отоларинголог, окулист, инфекционисты, психологи.

Телефоны ПКЦ СПИД:

- **главный врач, факс – 227-58-62, 223-71-30**
- **регистратура – 227-58-56**

В г. Перми работает телефон доверия для ВИЧ-инфицированных, их родных и близких, для всех, кого волнует или интересует эта проблема. Консультанты, работающие на телефоне доверия, прошли специальный курс теоретической и практической подготовки, владеют навыками работы с негативной социальной проблематикой, а также с различного рода пограничными состояниями, социальной и психической патологией.

8-809-300-1095

**Телефон работает: с понедельника по пятницу - с 17.00 до 21.00
Консультации проводятся бесплатно**

Уважаемые коллеги!

Письма и заявки о подписке на журнал «ШАГИ - СПИД-инфосвязь» (для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом - ЛЖВС) следует направлять по адресу: 117545, г. Москва, а/я 112. Подписка оформляется бесплатно. Электронная версия журнала в Интернет: www.shagi.infoshare.ru.

В Пермском крае реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье» в сфере здравоохранения, блок «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», который позволяет всем ВИЧ-инфицированным пройти обследование на иммунный статус и при наличии показаний **БЕСПЛАТНО получать антиретровирусную терапию ВИЧ-инфекции.**

В краевом Центре по профилактике и борьбе со СПИД организована работа «службы знакомств» для лиц, живущих с ВИЧ-положительным статусом. Обращаться в отдел профилактики по адресу: ул. Связева, 21, каб. 123. Контактное лицо: психолог Михальченкова Валерия Наильевна, тел.: 227-58-86, доб. тел.: 401.

МЕДИЦИНСКИЙ БИБЛИОТЕЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР

ВИЧ-инфекция и СПИД

Информационный бюллетень № 1 за 2013 г.

1. ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированный туберкулез у детей Украины / О.И. Белогорцева, Н.В. Симоненкова, М.А. Садловская, Я.И. Доценко, А.В. Стополянский, О.Е. Сиваченко, Ю.А. Чередник // Педиатрическая фармакология.-2012.-№4.-с.60-63.
2. Неврологические проявления ВИЧ-инфекции (обзор литературы) / А.Н. Бойко, А.И. Мазус, Е.В. Цыганова, В.В. Овчаров, О.В. Бойко, С.В. Серков, Е.И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.-2012.-№9, вып.2.-с.23-28.
3. Филиппова Т.П. Клинические проявления и диагностика туберкулеза центральной нервной системы на фоне ВИЧ-инфекции / Т.П. Филиппова, О.Н. Новицкая, Ю.Н. Быков // Туберкулез и болезни легких.-2012.-№10.-с.4-7.
4. Клинико-морфологические особенности абдоминального туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией / М.С. Скопин, З.Х. Корнилова, Ю.Р. Зюзя, Р.В. Мальцев, Ф.А. Батыров // Туберкулез и болезни легких.-2012.-№10.-с.51-58.
5. Коррекция анемии у ВИЧ-инфицированных беременных, получающих антиретровирусные препараты / Е.М. Шифман, Л.В. Круглова, В.Я. Вартанов, Н.Н. Хуторская, И.В. Лаптева // Акушерство и гинекология.-2012.-№7.-с.30-35.
6. Харченко Е.П. ВИЧ: коллизии вакцинологии / Е.П. Харченко // Иммунология.-2012.-№4.-с.206-212.
7. Гломерулярные заболевания у ВИЧ-инфицированных пациентов: клиническая и морфологическая оценка / Н.Д. Ющук, М.М. Гаджикулиева, Г.В. Волгина, Н.А. Томилина // Терапевтический архив.-2012.-№11.-с.30-33.
8. Лечение ВИЧ-инфекции // Шаги: профессионал.-2012.-№5.-с.53-70.-[Из кн. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2009.-М.: Р.Валент, 2010.-648с.].
9. Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с коинфекцией: Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2011) / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро // Шаги: профессионал.-2012.-№5.-с.71-88.
10. Клиническая скрининговая шкала, прогнозирующая эпизод ВИЧ-инфекции среди MSM в США // Шаги: профессионал.-2012.-№5.-с.93-95.
11. XIX Международная конференция по ВИЧ/СПИДу (Вашингтон, США) 22-27 июля 2012 года // Шаги: профессионал.-2012.-№5.-с.2-26.
12. Молекулярно-генетическая характеристика вариантов ВИЧ-1 субтипов А и В, выделенных на территории Новосибирской области / В.В. Богачев, А.В. Тотменин, П.Б. Барышев, Ю.В. Мещерякова, Н.Я. Черноусова, Н.М. Гашникова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии.-2012.-№6.-с.45-52.
13. Исследование биологических свойств вариантов ВИЧ-1, резистентных к антиретровирусным препаратам / Ю.В. Никонорова, Н.В. Унагаева, П.Б. Богачев, П.Б. Барышев, Ю.В. Мещерякова, Н.Я. Черноусова, Н.М. Гашникова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии.-2012.-№6.-с.52-56.
14. Распространенность мутаций, ответственных за резистентность к антиретровирусным препаратам, среди вариантов ВИЧ-1, циркулирующих в Новосибирской области / Н.М. Гашникова, П.Б. Богачев, П.Б. Барышев, Ю.В. Мещерякова, Е.Н. Савочкина, Н.Я. Черноусова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии.-2012.-№6.-с.56-60.
15. Охтяркина В.В. Медико-социальная характеристика пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ - инфекции / В.В. Охтяркина, П.Н. Новоселов // Проблемы социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2012.-№5.-с.9-12.
16. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД // Шаги: профессионал.-2012.-№6.-с.72-87.
17. Лечение ВИЧ-инфекции // Шаги: профессионал.-2012.-№6.-с.41-58.-[Из кн. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2009.-М.: Р.Валент, 2010.-648с.].
18. Формирование устойчивой мотивации к приему АРВ - препаратов// Шаги: профессионал.-2012.- спецвыпуск.-с.15-24.

МЕДИЦИНСКИЙ БИБЛИОТЕЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР

ВИЧ-инфекция и СПИД

Информационный бюллетень № 2 за 2013 г.

1. Волкова О.И. Существующая в Российской Федерации практика равного консультирования по вопросам ВИЧ/СПИД / О.И. Волкова, И.В. Пчелин // Шаги: профессионал.-2012.- спецвыпуск.-С.4-14.
2. Консультирование при ВИЧ - инфекции // Шаги: профессионал.-2012.- спецвыпуск.-С.52-68.-[Из кн. Беляева В.В.и др. Консультирование при ВИЧ - инфекции.-М.,2003].
3. Юдин А.Л. Рентгенологическая картина туберкулеза в сочетании с ВИЧ - инфекцией (обзор литературы) / А.Л. Юдин, Д.А. Мясников, Н.И. Афанасьева // Мед. визуализация.-2012.-№6.-С.16-25.
4. Майорова М.О. Особенности отношения к болезни пациентов с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией / М.О. Майорова, Т.В. Пьянзова, О.Н. Конончук // Туберкулез и болезни легких.-2012.-№12.-С.23-26.
5. Денисенко В.Б. Прогнозирование течения ВИЧ - инфекции у детей, инфицированных парентеральным путем / В.Б. Денисенко, Э.Н. Симованьян // Детские инфекции.-2012.-№4.-С.32-36.
6. Зелинская Д.И. Социальное сиротство среди детей, рожденных ВИЧ - инфицированными матерями / Д.И. Зелинская // Рос. вестник перинатологии и педиатрии.-2012.-№6.-С.4-10.
7. Распространенные кандидоз и пиодермия, ассоциированные с ВИЧ - инфекцией / Ш.М. Гайнулин, В.Н. Гребенюк, Л.И. Глебова, А.Н. Кулешов, М.В. Комлев // Клиническая дерматология и венерология.-2012.-№6.-С.29-32.
8. Боровицкий В.С. Сравнительная эффективность ИБ и стандартного I режима химиотерапии впервые выявленного туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных в лечебных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний / В.С. Боровицкий // Пульмонология.-2012.-№5.-С.50-52.
9. Морфологические особенности пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции / Ю.Р. Зюзя, Ю.Г. Пархоменко, В.Н. Зимица, О.А. Тишкевич // Пульмонология.-2012.-№5.-С.56-61.
10. Матиевская Н.В. Особенности клеточного иммунитета у пациентов с ко - инфекцией ВИЧ/ВГС / Н.В. Матиевская, В.М. Цыркунов, А.Е. Гончаров // Инфекционные болезни.-2012.-№4.-С.6-11.
11. Вартапов В.Я. Нарушения гемостаза у ВИЧ - инфицированных беременных на фоне химиопрофилактики антиретровирусными препаратами и пути их коррекции / В.Я. Вартапов, Л.В. Кругова, Е.М. Шифман // Анестезиология и реаниматология.-2012.-№6.-С.13-17.
12. Коррекция анемии у ВИЧ - инфицированных беременных, получающих антиретровирусные препараты // Л.В. Кругова, В.Я. Вартапов, Н.Н. Хуторская, И.В. Лаптева, Е.М. Шифман // Анестезиология и реаниматология.-2012.-№6.-С.17-21.
13. Макаров В.К. Особенности эпидемиологических данных и липидного спектра сыворотки крови у больных ВИЧ - инфекцией в III стадии / В.К. Макаров, О.В. Ноздреватых, М.В. Гурьянова // Эпидемиология и инфекционные болезни.-2012.-№6.-С.4-7.
14. Церебральный токсоплазмоз в структуре вторичных поражений ЦНС у больных ВИЧ - инфекцией в РФ. Клинико - диагностические особенности / Т.Н. Ермак, А.Б. Перегудова, В.И. Шахгильдян, Д.Б. Гончаров // Медицинская паразитология и паразитарные болезни.-2013.-№1.-С.3-7.
15. Использование иммунологических и молекулярно - биологических методов для диагностики церебрального токсоплазмоза при ВИЧ - инфекции / Е.В. Губарева, Д.Б. Гончаров, Э.А. Домонова, О.Ю. Сильвейстрова, А.Б. Перегудова, О.А. Тишкевич, Е.С. Иевлева, Н.В. Кобец, О.Ю. Шипулина // Медицинская паразитология и паразитарные болезни.-2013.-№1.-С.7-12.
16. Елькин В.Д. Случай сифилитической ресуперинфекции у ВИЧ - инфицированного / В.Д. Елькин, А.В. Коломойцев, М.А. Снычева // Рос. журн. кож. и венер. болезней.-2012.-№6.-С.66-67.

Адрес библиотеки: г. Пермь, Шоссе Космонавтов, 16. Тел 239-32-96, e-mail: mb-perm@mail.ru

Часы работы: пн.-пт. с 10 до 18 час, сб. с 12 до 17 час., вс. – выходной,

последняя пятница месяца – санитарный день