

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ  
«ОМСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ»  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ  
ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА  
СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУЖНОЙ ЦЕНТР  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД**

**СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИТЕЛЕЙ  
СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2010-2015 ГГ.**

**ОМСК 2016**

Настоящее информационно-методическое письмо (региональный уровень) «Смертность ВИЧ-инфицированных жителей Сибирского федерального округа за 2010-2015гг.» подготовлено специалистами Сибирского федерального окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора Калачевой Г.А., Довгополук Е.С., Левахиной Л.И. для использования в работе.

Информационно-методическое письмо предназначено для врачей центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Сибирского федерального округа.

При составлении использованы сведения:

- ежемесячной отчетной формы по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ»;
- экспресс-информации «Об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в СФО»;
- данных программы «АСОДОС» (списки выявленных ВИЧ-инфицированных);
- статистической формы № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»;
- годовых отчетов региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД в СФО;
- «Извещения о смерти ВИЧ-инфицированных» из регионов СФО.
- материалы специализированной НИ лаборатории по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии. (Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом).

В настоящее время во всем мире стремительно распространяется эпидемия ВИЧ-инфекции. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом усилия по сдерживанию темпов распространения ВИЧ-инфекции, её масштабы представляют реальную угрозу социально-экономическому развитию большинства стран, в том числе и России.

Всего за годы пандемии ВИЧ-инфекции в мире умерло более 40 млн. человек, в том числе от СПИД – 25 млн. человек. СПИД занимает 4 место среди различных причин смертности.

Ожидаемая продолжительность жизни и выживаемость ВИЧ-инфицированных больных в эру комбинированной антиретровирусной терапии (АРВТ) остаются в центре внимания мировых исследований, что позволило в настоящее время говорить о ВИЧ-инфекции как о хроническом управляемом процессе. Однако стало понятно, что с увеличением стажа ВИЧ-инфекции возникают трудности, связанные с лечением соматических, сопутствующих и оппортунистических инфекций, а применяемые профилактические программы в их отношении не всегда оптимальны и эффективны. При этом особый интерес вызывают причины смерти и факторы, связанные с её повышенным риском.

Под причинами смерти понимают болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали её наступлению; при этом, современная статистика причин смерти основана на выделении одной, ведущей или начальной причин смерти.

Согласно современным правилам демографической и медицинской статистики, принятым в мире, начальная причина смерти устанавливается в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ), регулярно начиная с 1893 г. разрабатываемой, пересматриваемой и утверждаемой соответствующими уполномоченными международными организациями. В настоящее время в мире действует МКБ 10-го пересмотра, принятая в 1992 г.

По МКБ-10 ВИЧ-инфекция отдельным блоком входит в Класс 1 «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», где причины смертности в большой степени носят «поведенческий» характер и обусловлены в значительной степени образом жизни людей, отношением людей к своему здоровью, их самосохранительным поведением. Здоровье и продолжительность жизни все в большей степени по сравнению с прошлыми эпохами начинает зависеть от воли и усилий самого человека, отдельной личности.

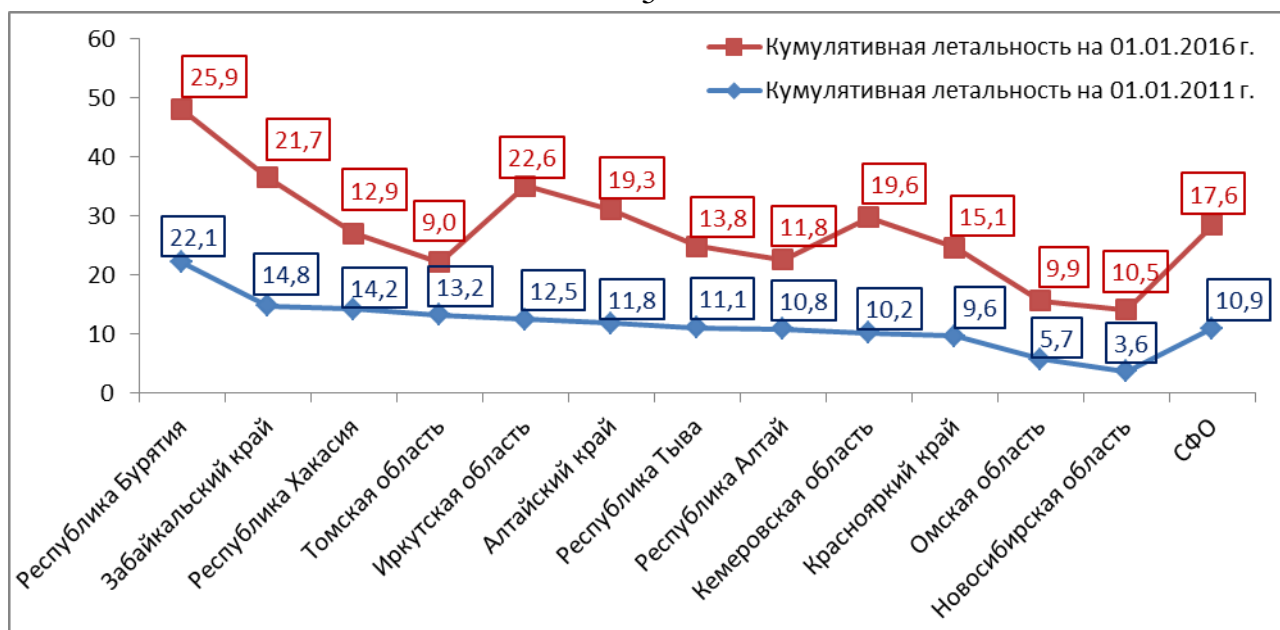
Россия – одна из немногих стран в мире, где число смертей среди ВИЧ-инфицированных продолжает возрастать за все годы регистрации (с 1987 по 2015 г.). К настоящему времени в России выявлено более 1 млн. ВИЧ-позитивных лиц. По данным отчетной формы ежемесячного наблюдения по реализации Приоритетного национального проекта «Сведения о мероприятиях

по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ», умерло по разным причинам 212 579 ВИЧ-инфицированных пациентов.

При этом кумулятивная смертность ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения РФ составила более 200,0. В Сибирском федеральном округе (СФО) количество умерших ВИЧ-инфицированных российских граждан на 01.01.2016 г. составило 36 944 человека или 17,4% от всех умерших в РФ. Вследствие ВИЧ-инфекции умерло 10 363 пациента (28,1%).

По росту численности умерших ВИЧ-инфицированных Сибирский федеральный округ не является исключением. За исследуемый период (2010-2015гг.) в СФО умерло 24 634 человека, показатель летальности за этот период составил 19,7%, а смертность – 127,8 на 100 тыс. населения. Общее число умерших ВИЧ-инфицированных в СФО к началу 2011 г. составило 11 239 человек, из них только в 2010 г. умерло 2 027 человек. Показатели смертности и летальности в 2010 г. в СФО составили 10,44 и 13,3 соответственно. Доля 2010 года в общем числе зарегистрированных умерших с ВИЧ в СФО составила 5,5% по сравнению с 17,2% в 2015 г. Наибольший процент умерших ВИЧ-инфицированных в 2010 г. был выявлен в Иркутской области (38,5%), Алтайском крае (16,2%) и Красноярском крае (14,4%). К 2015 г. в регионах СФО картина ранжирования смертности изменилась и на первое место «вышла» Кемеровская область (29,9%). Иркутская область «перешла» на 2-ое место (21,5%), доля Алтайского края составила 12,8%. С 2010 г. по 2015 г. абсолютное число умерших ВИЧ-инфицированных выросло в 3,1 раза, а среднегодовое число умерших за этот период составляло 4106 человек.

По сравнению с 2010 г. в 2015 г. в СФО выросли как показатели смертности до 33,0 (рост против 2010 г. в 3,2 раза), так и летальности до 23,8 (рост в 1,8 раза). Учитывая среднегодовую численность населения СФО в период с 1989 по 2015 годы показатель кумулятивной смертности ВИЧ-инфицированных составил 182,9 на 100 тыс. населения, против 146,0 в России, а показатель летальности 17,6% вместо 21,1% в РФ. При сравнении кумулятивных показателей летальности в регионах СФО за 5-летний промежуток времени (на 01.01.2011 и на 01.01.2016 г.) выявлено снижение уровня летальности только в 2-х территориях: Республике Хакасия (с 14,2 до 12,9%) и Томской области (с 13,2 до 9,0%). На всех остальных территориях округа отмечен рост показателей летальности и смертности. Наибольшая летальность зарегистрирована в Республике Бурятия (22,1% на 01.01.2011г. и 25,9% на 01.01.2016г.), в Иркутской области – 22,6% (на 01.01.2016г.), Забайкальском крае – 14,8% и 21,7% соответственно (рис.1).



**Рис. 1. Сравнительные показатели кумулятивной летальности на 01.01.2011г. и 01.01.2016г. по территориям СФО**

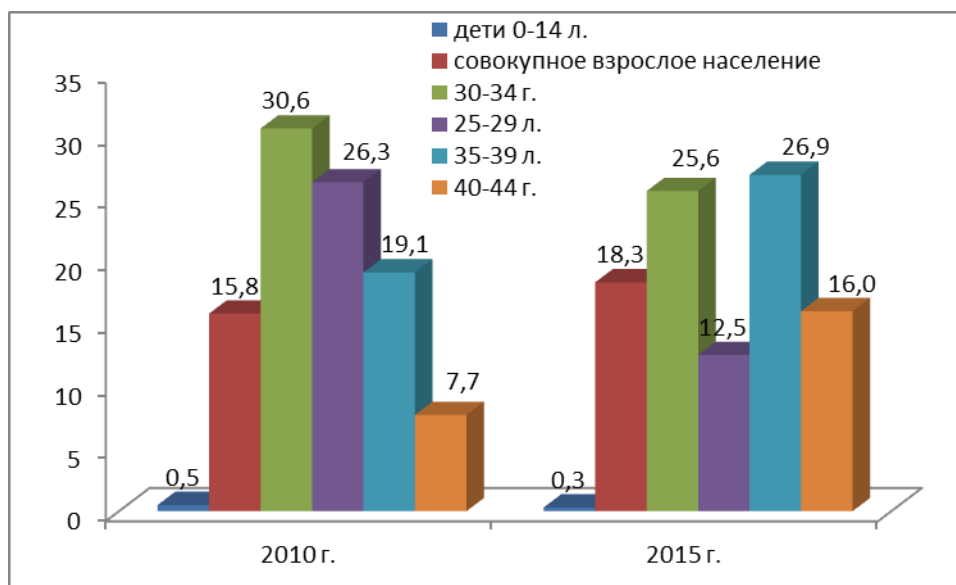
Наибольшее число впервые выявленных ВИЧ-инфицированных при жизни составляли мужчины с парентеральным путем заражения при немедицинском использовании инъекционных наркотиков. Поэтому и большинство случаев смерти с ВИЧ-инфекцией зарегистрировано среди мужчин: так, в 2010 г. они составляли 72,4%, в 2015 г. – 70,1%. При этом доля умерших ВИЧ-инфицированных, употреблявших инъекционные наркотики в 2010г. составляла 73,4%, а в 2015г. – 59,4%, что соответствовало эпидемической картине ВИЧ-инфекции в СФО, при которой отмечалось ежегодное неравномерное снижение доли парентерального пути заражения ВИЧ. Кроме того, мужчины доминировали и среди умерших в стадии СПИД: 72,4% в 2010 г. и 70,0% в 2015 г. Среди умерших пациентов в стадии СПИД доля потребителей инъекционных наркотиков в 2010 г. составляла 50,9% случаев, а в 2015 г. – 64,0% (что возможно связано с наркопотреблением синтетических «солей»).

Возрастная структура умерших изменялась в течение распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в СФО и не соответствовала возрастной структуре вновь выявленных среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Так, если в 2010 г. наибольшее число зарегистрированных с ВИЧ лиц было в возрастной категории 25-29 лет (27,7%), то среди умерших в этом же году доминировали лица в возрасте 30-34 года (30,6%); в 2015 г. наибольшее число зарегистрированных с ВИЧ отмечено в возрастной категории 30-34-летних (25,8%), а умершие ВИЧ-инфицированные доминировали в возрасте 35-39 лет (26,9%).

Категория умерших ВИЧ-инфицированных от «0» до 14 лет в 2010 г. составляла 0,5%, в том числе 0,2% из них были при жизни потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) и умерли в стадии СПИД в 1,8% случаев. В 2015 г. умерших в возрасте от «0» до 14 лет зарегистрировано чуть меньше 0,3% и ПИН среди них не было выявлено, однако среди умерших в стадии СПИД эта возрастная группа доминировала среди всех умерших СПИД больных и составляла 33,3%. При сравнении возрастной структуры умерших ВИЧ-

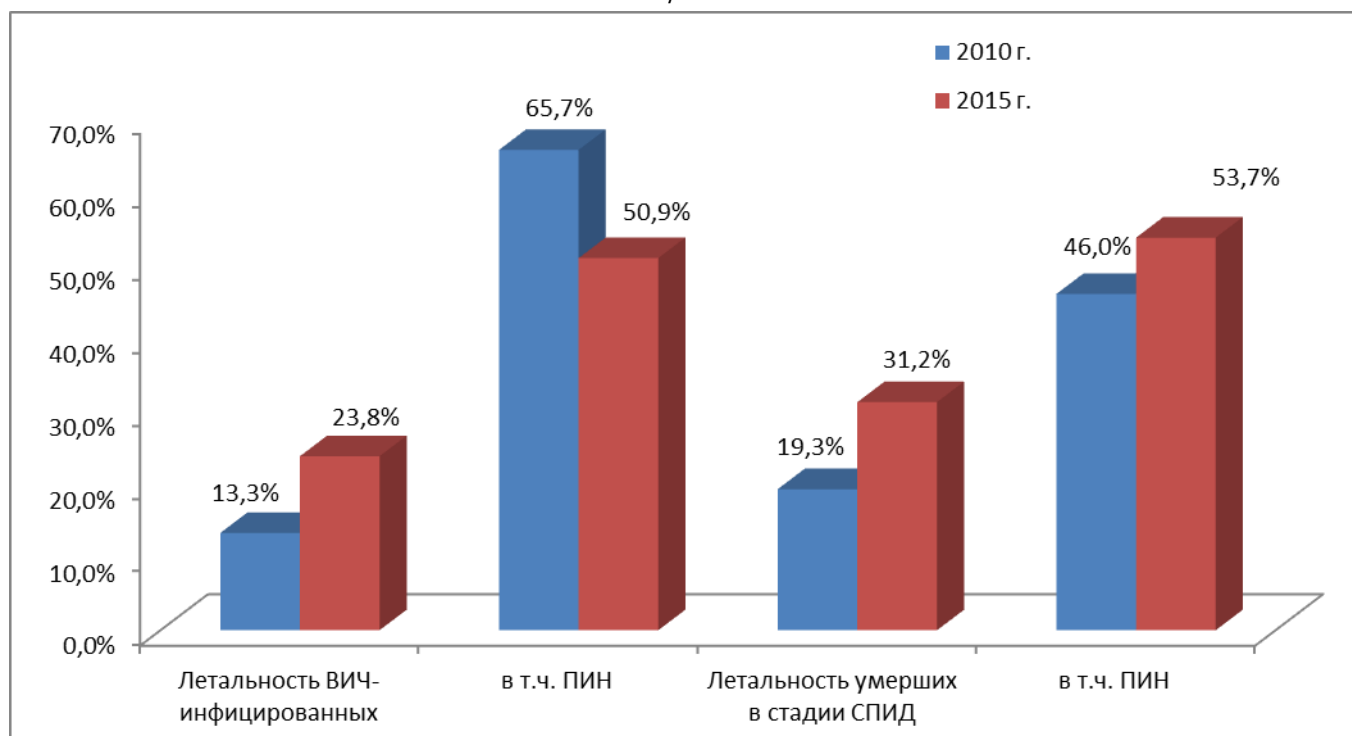
инфицированных в 2010 и 2015 годы можно отметить значительное снижение доли умерших в возрастных группах: 15-19 лет (с 1,0% до 0,2% в 2015 г. – в 5 раз); 20-24 г. (с 4,7% до 2,3% - в 2 раза); 25-29 лет (с 26,3% до 12,5% - в 2 раза), а также тенденцию к снижению: 30-34 г. (с 30,6 до 25,6%) и рост доли умерших ВИЧ-инфицированных во всех возрастных группах начиная с 35-39 до 60 лет и старше (рис.2.).

Кроме того, из общего числа умерших ВИЧ пациентов в 2010г. умерли в стадии СПИД 19,3%, в 2015г. – 31,2%. Наибольшую долю умерших в стадии СПИД составили три (для 2010 и 2015гг.) возрастные группы: 25-29 л., 30-34 г. и 35-39 л. Суммарная доля лиц этих возрастных категорий в 2010 г. составляла 77,7%, а в 2015 г. – 97,9%.



**Рис. 2. Доля умерших ВИЧ-инфицированных по возрастным категориям в 2010 и 2015 гг.**

Возрастная группа 20-24 летних ВИЧ-инфицированных длительное время являлась доминирующей среди живых пациентов, однако доля умерших в стадии СПИД в этой группе в 2010 г. составляла 3,6% против 29,5% в 2015 г., что подтверждает факт «необращения» в ЛПО либо позднего обращения за медицинской помощью, отсутствия «активного» выявления пациентов (поиск инфицированных с помощью некоммерческих общественных организаций (НКО), реализацию аутрич-движения для тестирования на ВИЧ). Кроме того, доли старших возрастных групп выросли в 2015 г. по сравнению с 2010 г.: 40-44 г. в 3,2 раза (9,2% в 2010г. и 29,0% в 2015г.); 45-49 л. – в 7 раз (4,3%; 29,7%); 50-54 г. – в 23 раза (1,3%; 30,0%); 55-59 л. – в 12,6 раз (1,8%; 22,6%); 60 лет и старше выросла с 0% до 18,0%. Среди умерших ВИЧ-инфицированных в стадии СПИД в 2010 г. 46,0% были потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), 80,0% из них мужчины; в 2015г. 53,7% ПИН (84,0% из них мужчины), несмотря на незначительное превалирование полового пути заражения ВИЧ среди живых и рост числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных женщин (рис.3).



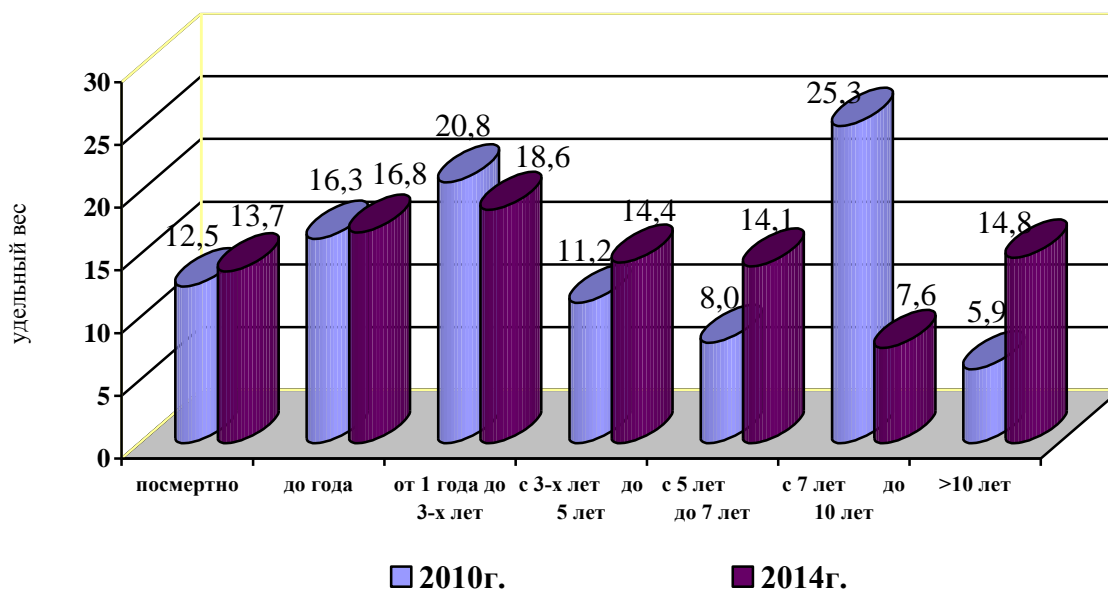
**Рис. 3. Сравнительные данные по числу умерших ВИЧ-инфицированных в 2010 и 2015 гг. (%)**

Рост числа умерших ВИЧ-инфицированных в стадии СПИД подтверждает отсутствие лечения или прерывание АРВТ при жизни. Кроме того, ежегодное увеличение показателя смертности свидетельствует о тяжести эпидемии ВИЧ-инфекции.

При составлении информационного письма путем сплошной обработки были проанализированы данные за период 2010-2015гг., содержащиеся в форме «Извещения о смерти ВИЧ-инфицированных».

В связи с длительным сроком установления причин смерти (выдача патологоанатомического заключения), длительным оформлением медицинской документации об умерших, задержкой поступления извещений от 6 месяцев и более, были обработаны имеющиеся данные за полный период с 2010 по 2014гг.

Наибольшую по численности группу составили умершие с давностью установления диагноза ВИЧ-инфекция от 1 года до 3-х лет в 2014 г. – 18,6%. Остается стабильно высокой доля с посмертной диагностикой ВИЧ-инфекции от 12,5% в 2010 г. и 13,5% в 2014 г. и продолжительности жизни менее одного года после установления диагноза ВИЧ-инфекции от 16,3% и 16,8% соответственно. За анализируемый период с 2010 по 2014 гг. увеличилось число лиц, умерших с давностью установления диагноза более 10 лет, в 2,5 раза, 5-7 лет в 1,8 раза. Более чем в три раза снизилась доля умерших ВИЧ-инфицированных с давностью установления диагноза 7-10 лет с 25,3% в 2010 г. до 7,6% в 2014 г. (рис. 4.).



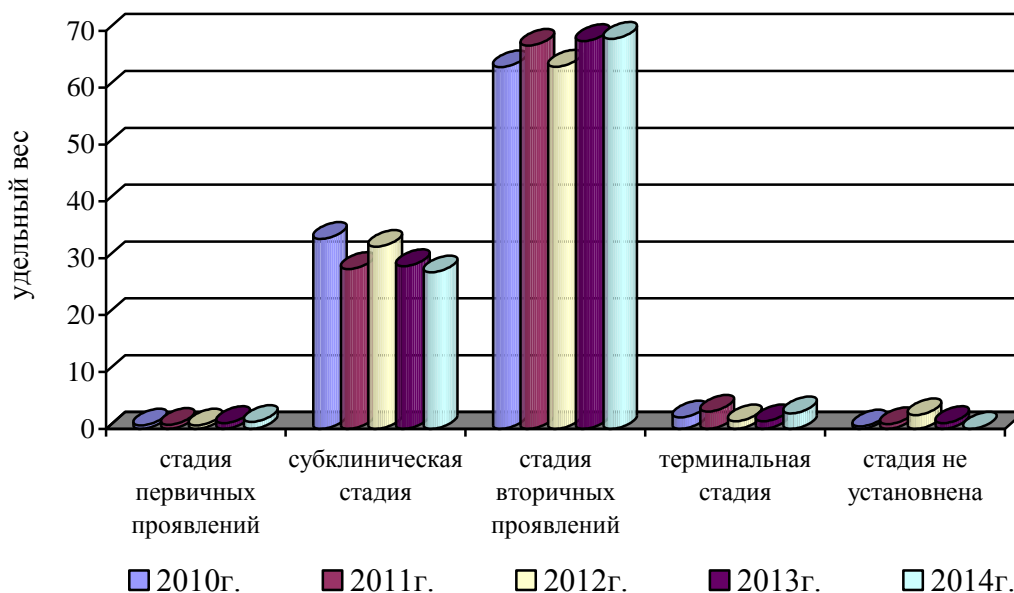
**Рис. 4. Давность установления диагноза ВИЧ-инфекция среди умерших ВИЧ-инфицированных больных в СФО в 2010 и 2014гг. (%)**

Особенности течения заболевания отражены в Российской классификации ВИЧ-инфекции по стадиям (2001 год, В.И. Покровский). Следует отметить, что клиническое течение ВИЧ-инфекции отличается большим разнообразием. Последовательность прогрессирования ВИЧ-инфекции через прохождение всех стадий болезни не обязательна. К примеру, субклиническая стадия может при развитии у пациента пневмоцистной пневмонии перейти сразу в стадию 4В, минуя стадии 4А и 4Б. Известны случаи, когда латентная стадия непосредственно переходила в терминальную.

Сохраняет свою актуальность проблема развития тяжелых клинических проявлений ВИЧ-инфекции. На сегодняшний день в России не полностью изучены структура, характер и прогнозируемое увеличение количества соматических и вторичных заболеваний, развивающихся на фоне ВИЧ-инфекции, в условиях продолжающегося распространения эпидемии. К тому же ежегодно увеличивается количество больных 4 и 5 стадиями ВИЧ-инфекции, что неминуемо приводит к значительному повышению смертности среди этой категории пациентов.

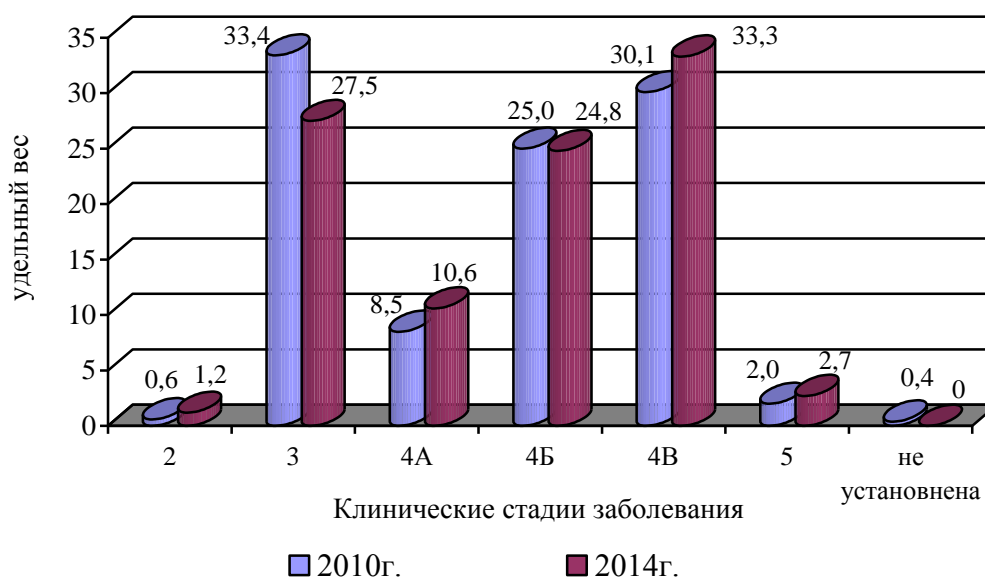
При анализе «Извещений о смерти ВИЧ-инфицированных» в СФО по клиническим стадиям установлено, что наибольшую долю умерших больных составляют лица в стадии вторичных проявлений 4Б и 4В) (2/3 от общего количества умерших во всех стадиях) (рис. 5).





**Рис. 5. Распределение доли умерших ВИЧ-инфицированных по клиническим стадиям ВИЧ в СФО в 2010-2014гг. (%)**

За пятилетний период отмечено снижение доли умерших лиц в субклинической стадии 3 на 5,9% с 33,4% в 2010г. до 27,5% в 2014г. Доля пациентов в стадии вторичных проявлений (4А, 4Б, 4В) за этот же период увеличилась на 5,0% с 63,6% до 68,6%. При этом наибольший удельный вес составляют лица в стадиях 4Б и 4В (рис.6).



**Рис. 6. Доли умерших серопозитивных пациентов при различных стадиях ВИЧ-инфекции в 2010 и 2014гг. (%)**

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) среди умерших ВИЧ-инфицированных больных регистрировался с частотой 18,2% в 2014 г., в то время как в 2010 г. СПИД составлял 11,0%.

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) после анализа результатов исследований существующих мер профилактики признала, что незамедлительное назначение антиретровирусной терапии поможет предотвратить миллионы смертей и случаев заражения вирусом иммунодефицита человека и заложить фундамент для победы над эпидемией. При этом вопрос приверженности антиретровирусному лечению во всем мире до настоящего времени остается серьезной проблемой. В результате прерывания лечения, несформированной приверженности развивается резистентность вируса к препаратам назначенной схемы, эффективность терапии падает. На устранение последствий неприверженности требуются дополнительные финансовые ресурсы, временные затраты, мобилизация усилий. Можно утверждать, и это доказано многолетними клиническими наблюдениями, что в результате приема антиретровирусных препаратов (АРВП) повышается качество жизни пациентов с ВИЧ и уменьшается частота обусловленных ослаблением иммунитета летальных исходов.

По данным отчетной формы ежемесячного наблюдения по реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» в СФО на 01.01.2016г. в проведении антиретровирусной терапии нуждались 29,0% пациентов из числа состоящих на диспансерном учете, из них получили лечение 96,6%. Из числа получавших лечение 36,5% прервали его по различным причинам, из которых 35,8% ВИЧ-инфицированных пациентов умерло.

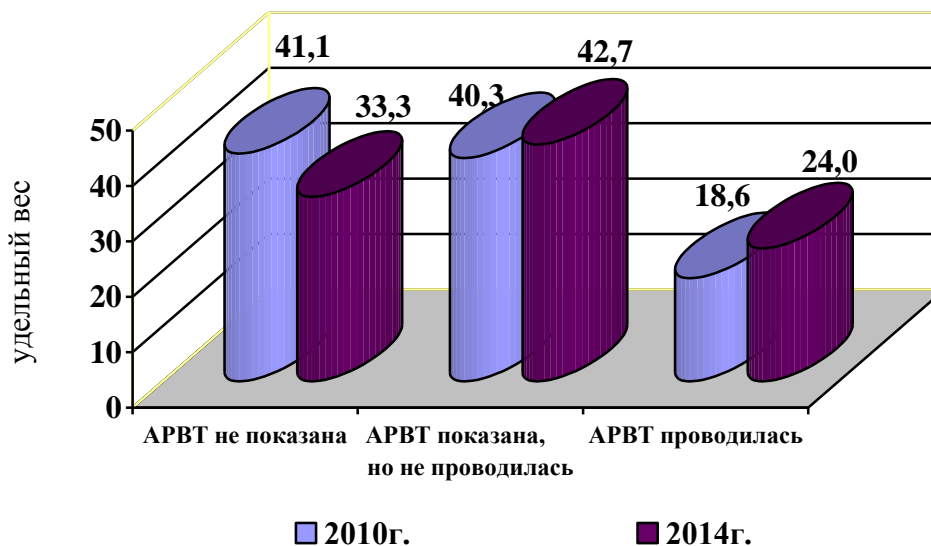


Рис. 7. Сведения об АРВТ среди умерших ВИЧ-инфицированных в СФО в 2010 и 2014гг.

Анализ «Извещений о смерти ВИЧ-инфицированных» показал, что в проведении АРВТ нуждались более 40,0% умерших ВИЧ-инфицированных, но проводилась она в 2010 г. 18,6% пациентам, а к 2014 г. показатель вырос до 24,0% (рис.7). В состав «неполучающих» АРВТ входили в основном потребители инъекционных наркотиков, не желающие принимать участие в своем лечении с отсутствием приверженности к нему. В социальной структуре умерших ВИЧ-

инфицированных пациентов безработные составили 74,6% (2010 г.) и 75,4% (2014г.) против работающих 9,2% и 10,1% соответственно.

ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 34 миллионов человеческих жизней. В 2014 году 1,2 [980000–1,6] миллиона людей в мире умерли от причин, связанных с ВИЧ. ВИЧ-инфекция и СПИД является главной причиной смерти женщин репродуктивного возраста (15-45 лет) во всем мире. По данным Росстата в Российской Федерации из 10 основных причин смерти населения страны в 2014 г. ВИЧ-инфекция занимает 9-е место после убийств, болезней нервной системы, самоубийств, ДТП, гипертонии, сахарного диабета, отравлений алкоголем и туберкулеза.

В Сибирском федеральном округе за исследуемый период лидирующей причиной смерти среди умерших ВИЧ-инфицированных является заболевание, связанное с проявлением микобактериальной инфекции (с включением туберкулеза), составляя 39,6% в 2010 году, а в 2014 – 43,0%.

За исследуемый период в СФО отмечено ежегодное увеличение пациентов с ВИЧ-инфекцией, на поздних стадиях которой развиваются вторичные заболевания, самым частым из которых была микобактериальная инфекция, в 98,8% случаев представленная туберкулезом. В течение пяти лет количество пациентов с положительным ВИЧ-статусом в сочетании с микобактериозом увеличилось на 15,5%, при этом доля пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции составляла более 90,0%. Смертность в данной группе пациентов от микобактериальной инфекции за пять лет увеличилась на 14,5%, что подтверждает «неконтролируемость» сложившейся в округе ситуации. Показатель смертности является одним из самых информативных показателей эпидемической обстановки по туберкулезу среди ВИЧ-инфицированных. Всего за пять лет на территории СФО от микобактериальной инфекции, включая туберкулез, умерло 9 056 человек и, если в 2010 г. таких случаев было зарегистрировано 1 191, то в 2014 г. – 2 401. Наблюдалось ежегодное увеличение количества смертей от туберкулезной инфекции у лиц с положительным ВИЧ-статусом. Отдельно было рассчитано количество ВИЧ-инфицированных лиц, умерших от микобактериальной инфекции в стадии 4Б, 4В, 5. В 2010 г. количество таких больных было 982 человека, а на начало 2015 г. – 1 932. Смертность у пациентов с ВИЧ-инфекцией от туберкулеза различной этиологии самая высокая была в 2013 г. 130,58 случаев на 10 тыс. соответствующего контингента, наименьшая в 2011 г. – 96,96. Рост показателя смертности подтверждает факт позднего выявления специфического воспаления туберкулезной этиологии у пациентов с положительным ВИЧ-статусом.

Среди органических проявлений у ВИЧ-инфицированных умерших пациентов преобладают заболевания органов дыхания (ЗОД) составляя в 2010 г. 8,1%, а в 2014 г. – 9,2% от всех причин смерти. Пневмоцистная пневмония в структуре ЗОД выявлялась в 17,3-19,0% случаев, а в

структуре всех причин смерти 1,4%-1,7% соответственно. Почти с одинаковой частотой регистрируются циррозы печени, входящие в заболевания системы пищеварения, составляя 5,8% в 2010 г. против 5,6% в 2014 г., приведших к смерти больных с ВИЧ-инфекцией. За анализируемый период (2010-2014 гг.) в 1,6 раза выросли доли причины смерти, связанные с сепсисом и септицемией с 3,0% до 4,7% соответственно. СПИД-индикаторные заболевания (кандидозы, микозы, герпетическая инфекция, токсоплазмоз) как моно-инфекция встречались редко от 1,0% в 2010 г. до 1,5% в 2014 г., как правило, они сочетаются с другими инфекциями (например, с туберкулезом) или входят в структуру органных заболеваний и множественных инфекций. Причины смерти ВИЧ-инфицированных, связанные со злокачественными новообразованиями, выявлялись в 2010 г. в 3,8% случаев против 4,2% в 2014 г (Таблица 1, Рис. 8).

Таблица 1

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН СМЕРТИ СРЕДИ УМЕРШИХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ  
В РЕГИОНАХ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА за 2010-2014 годы**

причины смерти	2010	Удельный вес	2011	Удельный вес	2012	Удельный вес	2013	Удельный вес	2014	Удельный вес
<b>С проявлением микобактериальной инфекции</b>	<b>1102</b>	<b>39,6</b>	<b>1029</b>	<b>40,3</b>	<b>1474</b>	<b>38,5</b>	<b>1769</b>	<b>41,6</b>	<b>1877</b>	<b>43,0</b>
<b>Заболевания системы дыхания</b>	<b>225</b>	<b>8,1</b>	<b>254</b>	<b>9,9</b>	<b>401</b>	<b>10,5</b>	<b>466</b>	<b>11,0</b>	<b>400</b>	<b>9,2</b>
в том числе пневмоцистная пневмония	39	1,4	34	1,3	30	0,8	73	1,7	76	1,7
<b>Заболевания системы пищеварения</b>	<b>194</b>	<b>7,0</b>	<b>172</b>	<b>6,7</b>	<b>243</b>	<b>6,4</b>	<b>252</b>	<b>5,9</b>	<b>287</b>	<b>6,6</b>
в том числе цирроз печени	160	5,8	146	5,7	213	5,6	217	5,1	245	5,6
<b>Злокачественные новообразования всего:</b>	<b>106</b>	<b>3,8</b>	<b>99</b>	<b>3,9</b>	<b>150</b>	<b>3,9</b>	<b>167</b>	<b>3,9</b>	<b>185</b>	<b>4,2</b>
Кандидозы, микозы Герпетическая инфекция ЦМВИ Токсоплазмоз	27	1,0	36	1,4	48	1,3	79	1,9	65	1,5
<b>Сепсис, септицемия</b>	<b>83</b>	<b>3,0</b>	<b>107</b>	<b>4,2</b>	<b>164</b>	<b>4,3</b>	<b>205</b>	<b>4,8</b>	<b>204</b>	<b>4,7</b>
<b>Менингоэнцефалит, менингит</b>	<b>51</b>	<b>1,8</b>	<b>73</b>	<b>2,9</b>	<b>72</b>	<b>1,9</b>	<b>95</b>	<b>2,2</b>	<b>101</b>	<b>2,3</b>
<b>С проявлением множественных инфекций</b>	<b>87</b>	<b>3,1</b>	<b>82</b>	<b>3,2</b>	<b>157</b>	<b>4,1</b>	<b>113</b>	<b>2,7</b>	<b>102</b>	<b>2,3</b>
<b>Другие причины</b>	<b>301</b>	<b>10,8</b>	<b>277</b>	<b>10,8</b>	<b>390</b>	<b>10,2</b>	<b>457</b>	<b>10,7</b>	<b>484</b>	<b>11,1</b>
<b>Внешние причины:</b>	<b>606</b>	<b>21,8</b>	<b>426</b>	<b>16,7</b>	<b>726</b>	<b>19,0</b>	<b>651</b>	<b>15,3</b>	<b>661</b>	<b>15,1</b>
острое отравление *	376	13,5	236	9,2	376	9,8	341	8,0	315	7,2
суицид	69	2,5	61	2,4	114	3,0	107	2,5	117	2,7
насильственная смерть (травмы)	139	5,0	104	4,1	177	4,6	164	3,9	183	4,2
другие внешние причины	22	0,8	25	1,0	59	1,5	39	0,9	46	1,1

\* - отравления наркотическими средствами, суррогатами алкоголя, окисью углерода

Доля причин смерти инфицированных, не связанных с ВИЧ (внешние причины – травмы различного характера, суициды, передозировки наркотическими средствами, отравления суррогатами алкоголя), среди умерших ВИЧ снизилась с 13,5% в 2010 г. до 7,2% в 2014 г. Необходимо отметить, что снижение произошло за счет сокращения отравлений суррогатами алкоголя и опиатами. В то же время суицидальная активность ВИЧ-инфицированных остается в пределах 2,5-2,7% соответственно (Рис. 8).



**Рис.8. Распределение причин смерти среди умерших ВИЧ-инфицированных больных в регионах СФО за период 2010-2014 гг.**

## Заключение

1. Общая численность умерших ВИЧ-инфицированных в СФО на 01.01.2016г. составила 36 944 человека, в т.ч. за исследуемый период 24 634 человек (летальность – 19,7%, смертность – 127,8 случаев на 100 тыс. населения).
2. Большинство случаев смерти зарегистрировано среди ВИЧ-инфицированных мужчин в 2010г. – 72,4%, в 2015г. – 70,1%, в т.ч. и в стадии СПИД в 2010г. – 72,4%, в 2015г. – 70,0%.
3. Возрастная структура умерших изменялась в течение периода регистрации эпидемии ВИЧ и не соответствовала возрастной структуре вновь выявленных больных.
4. Доля умерших в стадии СПИД в возрастной группе 20-24г. значительно выросла с 3,6% в 2010г. до 29,5% в 2015г.
5. Выросла доля умерших ВИЧ-инфицированных в стадии СПИД, являющихся потребителями инъекционных наркотиков, с 46,0% в 2010г. до 53,7% в 2015г.
6. Доли умерших ВИЧ-инфицированных в старших возрастных группах выросли в 2015г. по сравнению с 2010г.
7. Наибольшую по численности группу составляли умершие с давностью установления диагноза от 1 года до 3-х лет. Значительно снизилась доля умерших ВИЧ-инфицированных с давностью установления диагноза с 7 до 10 лет (с 25,3% в 2010 г. до 7,6% в 2014 г.). В 2,5 раза увеличилась группа умерших пациентов, имеющих срок заболевания ВИЧ более 10 лет.
8. Среди умерших больных ВИЧ-инфицированные в стадии вторичных проявлений составляли 68,0%. За пятилетний исследуемый период отмечено снижение доли умерших лиц в субклинической стадии на 5,9%.
9. В проведении антиретровирусной терапии при жизни нуждались 2/3 умерших ВИЧ-инфицированных, но проводилась она в 2010г. 18,6% пациентам, в 2014 г. – 24,0%.
10. По социальному статусу умершие ВИЧ-инфицированные пациенты были безработными в 74,6% случаев в 2010 г. и в 75,4% в 2014г. против работающих в 9,2% и 10,1% соответственно.
11. Лидирующей причиной смерти среди умерших ВИЧ-инфицированных в СФО за исследуемый период является заболевание, связанное с проявлением микобактериальной инфекции (с включением туберкулеза), составляя 39,6% в 2010 году, а в 2014 – 43,0%. Доля причин смерти инфицированных, не связанных с ВИЧ (внешние причины – травмы различного характера, суициды, передозировки наркотическими средствами, отравления суррогатами алкоголя), среди умерших ВИЧ снизилась с 13,5% в 2010 г. до 7,2% в 2014 г.

## Рекомендации

Высокий показатель летальности среди ВИЧ-инфицированных больных свидетельствует о необходимости мер по раннему выявлению ВИЧ-позитивных и их диспансеризации с консультациями всех «узких специалистов», особенно фтизиатров, своевременному назначению антивирусной терапии и активной работе с пациентами по повышению приверженности к лечению.

1. Информационный бюллетень по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе за 2013 год. / Г.А. Калачева, Е.С. Довгополок, И.В. Сергеева, А.Н. Коломеец, Л.И. Левахина, Ю.Л. Рубина. // Омск, 2014. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=28796597>
2. Калачева, Г.А. Анализ мероприятий по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» в регионах Сибирского федерального округа за 2013 год. / Г.А. Калачева, А.Т. Тюменцев, Е.С. Довгополок, Ю.Л. Рубина, И.В. Сергеева, А.Н. Коломеец, Л.И. Левахина // Информационно-методическое письмо / Омск. – 2015. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=25891610>
3. Калачева, Г.А. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в регионах Сибирского федерального округа. / Г.А. Калачева, Ю.Л. Рубина, А.Т. Тюменцев, И.В. Боровский, Л.И. Левахина. // Национальные приоритеты России. – 2013. – № 2 (9). – С. 96-97.
4. Покровский В.В. и др. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский, О.Г. Юрин, А.В. Кравченко, В.В. Беляева и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – № 6. – С.43.
5. Рудаков, Н.В. Актуальные аспекты ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе. / Материалы научно-практической конференции специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД Сибирского федерального округа. (Омск, 08-09 ноября 2012г.). Под редакцией Н.В. Рудакова, В.К. Ястребова, Л. В. Султанова, А.Т. Тюменцева, Ю.Л. Рубиной. // Омск: ООО ИЦ «Омский научный вестник», 2012. – 130с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25786181>
6. Рудаков, Н.В. Анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в регионах Сибирского федерального округа. / Н.В. Рудаков, А.Т. Тюменцев, Г.А. Калачева, И.В. Сергеева, Е.С. Довгополок, Ю.Л. Рубина. // В сборнике: Сборник социологических исследований по изучению уровня информированности и факторов рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции среди различных целевых групп, проведенных в 2009-2011 годах. – Омск. – 2012. – С. 57-63. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=25891676>
7. Рудаков, Н.В. Байкальская неделя противодействия ВИЧ-инфекции: взгляд в будущее. / Материалы научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией Н.В. Рудакова, В.К. Ястребова, А.Т. Тюменцева, Г.А. Калачевой, Ю.Л. Рубиной. // Изданы при организации и финансовой поддержке Сибирской Межрегиональной Ассоциации «АнтиСПИД-Сибирь». – (Иркутск, 16-17 сентября 2013г.). – Омск: ООО ИЦ «Омский научный вестник», 2013. – 47с.
8. Рудаков, Н.В. Анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в регионах Сибирского федерального округа. / Н.В. Рудаков, А.Т. Тюменцев, Г.А. Калачева, И.В. Сергеева, Е.С. Довгополок, Ю.Л. Рубина. // В сборнике: Сборник социологических исследований по изучению уровня информированности и факторов рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции среди различных целевых групп, проведенных в 2009-2011 годах. – Омск. – 2012. – С. 57-63. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=25891676>
9. Тюменцев, А.Т. Современная ситуация по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе. / А.Т. Тюменцев, Е.С. Довгополок, Г.А. Калачева, Ю.Л. Рубина. // В сборнике: ГОССАНЭПИДСЛУЖБЕ РОССИИ - 90 ЛЕТ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции. – 2012. – С. 181-182.