



Бюллетень № 1

ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ



Москва 2006



Бюллетень подготовлен и издан при финансовой поддержке Фонда «Российское здравоохранение» в рамках программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к туберкулезу» (донор – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией)



Содержание

ВВЕДЕНИЕ

О бюллетене «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией»	2
--	---

РАЗДЕЛ 1

Социально-гигиенический анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации	4
Система учета случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации	9
Основные направления работы по предупреждению распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации	17
Система координации мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации	20

РАЗДЕЛ 2

Мероприятия ВОЗ по борьбе с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией	24
--	----

РАЗДЕЛ 3

Информация о новых публикациях, съездах, семинарах, конференциях, конгрессах в России и мире по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией	26
--	----



ВВЕДЕНИЕ

О БЮЛЛЕТЕНЕ «ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»

Распространение ВИЧ-инфекции привело к росту заболеваемости туберкулезом в большинстве стран мира, как экономически благополучных, так и слаборазвитых. Это связано с тем, что у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, независимо от их социального статуса и материальной обеспеченности, ВИЧ приводит к нарушению функций иммунитета, что в свою очередь становится причиной заболевания туберкулезом.

Сложность решения данной проблемы обусловлена следующими факторами: трудностями выявления туберкулеза на фоне иммунодефицита, так как он приобретает иное течение и обычными методами часто не распознается, а также необходимостью междисциплинарного подхода.

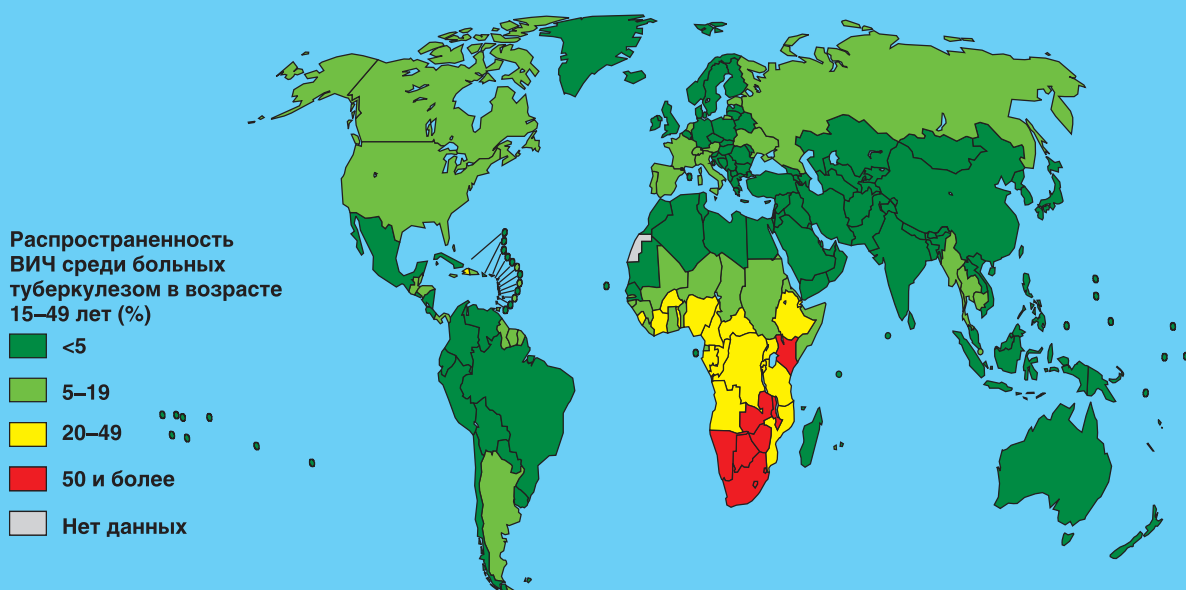
Значимость проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для России связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего его распространения, что обусловлено высокой инфицированностью населения микобактериями туберкулеза и широким распространением ВИЧ-инфекции на отдельных территориях. В Иркутской, Самарской

и Оренбургской областях показатель распространенности ВИЧ-инфекции составляет более 750 на 100 тыс. населения.

Все изложенное свидетельствует об актуальности данной проблемы и необходимости информирования медицинских работников о путях ее решения. С этой целью и планируется издавать данный периодический бюллетень «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией».

Бюллетень будет выходить 2 раза в год. Основные его разделы: анализ эпидемиологической ситуации, основные мероприятия, рекомендуемые для предупреждения распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в России, новые нормативно-правовые документы, проблемы, связанные с сочетанной патологией в регионах Российской Федерации, результаты новых научных исследований, информация о документах ВОЗ по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, семинарах, конференциях, конгрессах в России и других странах, а также о ходе реализации Программы Глобального фонда «Развитие стра-

Распространенность ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом
(оценочные данные, 2002 г.)



Источник: TB/HIV course for managers at the national and subnational levels, WHO 2005



тегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу».

Издаваться и распространяться бюллетень будет за счет средств гранта Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией, реализуемого Фондом «Российское здравоохранение».

Материалы по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, для публикации в бюллетени просим направлять по адресу: 107014, Москва, ул. Барболина, д. 3. Телефон для справок:

268-25-15 (Центр ПТП больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ).

Первый номер бюллетеня подготовлен членами Тематической рабочей группы «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией» Минздравсоцразвития России и ВОЗ О.П. Фроловой¹, А.В. Кравченко², М.Ф. Губкиной³, С.В. Сидоровой⁴, М.Е. Бионышевым⁵, И.Ю. Блиновской⁵, Ф.А. Батыровым¹, И.Г. Шикаревой¹. В нем даны эпидемиологическая ситуация и основные мероприятия, выполненные для решения данной проблемы в стране за прошедший период.

Члены Тематической рабочей группы являются представителями следующих организаций:

- ¹ Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России.
- ² Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.
- ³ Центральный НИИ туберкулеза РАМН.
- ⁴ ФСИН.
- ⁵ Фонд «Российское здравоохранение».

Бюллетень подготовлен при поддержке Всемирной организации здравоохранения.



РАЗДЕЛ 1

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Резкий рост заболеваемости туберкулезом в России произошел в 90-х годах. Если еще в начале десятилетия в среднем по России заболеваемость туберкулезом составляла 34 на 100 тыс. населения, то в конце – уже более 90 (рис. 1). За последние 5 лет, до 2004 года, ее показатель стабилизировался. Но в 2005 году он вновь несколько увеличился по сравнению с предыдущим годом – с 83,1 до 83,8 на 100 тыс. населения.

Как известно, туберкулез начинает активизироваться в условиях иммунодефицита, а элементарное недоедание и стресс способствуют его распространению. Таким образом, рост заболеваемости туберкулезом в 90-х годах был обусловлен в основном социально-экономическим кризисом в стране. Улучшение жизни россиян в последние годы способствовало наметившейся тенденции к стабилизации заболеваемости туберкулезом. Но в последний год вновь отмечен некоторый ее рост. Как это связано с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией?

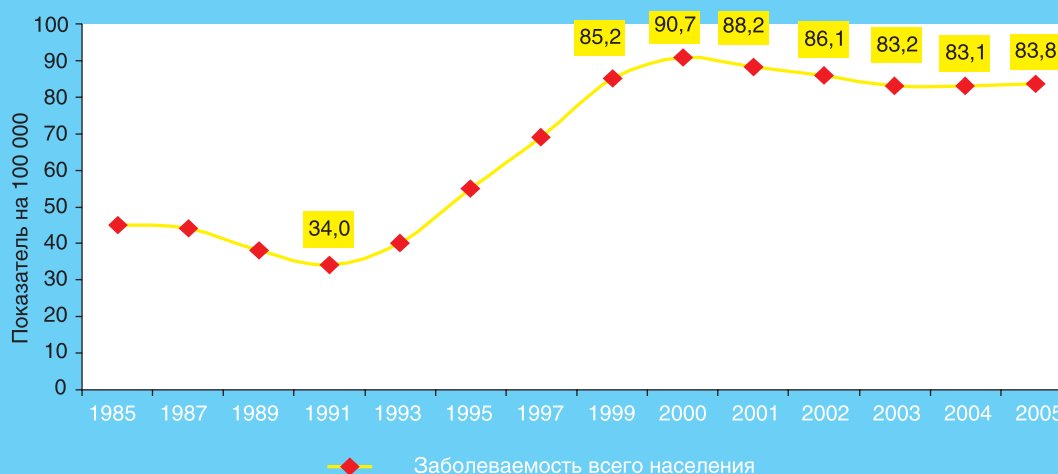
Рассмотрим на примере Калининградской области. Этот субъект Российской Федерации был первым в стране, где ВИЧ-инфекция начала распространяться быстрыми темпами с 1996 года среди потребителей наркотиков.

Число случаев ВИЧ-инфекции с 1998 года стабилизировалось (рис. 2). Иная ситуация с числом случаев туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, оно имеет тенденцию к росту (рис. 3). Это связано с тем, что у лиц, заразившихся ВИЧ-инфекцией в прошлые годы, развивается выраженный иммунодефицит. В условиях высокой инфицированности населения микобактериями туберкулеза многие из них заболевают туберкулезом. В 2005 году среди вновь выявленных случаев туберкулеза в области ВИЧ-инфекция имела место в 12% случаев.

Почему же проблема туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией до последнего времени не получила должной оценки в России? Отстаивалась позиция, что, например, для США эта проблема значимая, а для России нет. Причина таких выводов связана с тем, что прогнозы строились без четкого понимания ситуации.

При этом в США регистрировались и анализировались случаи развития синдрома приобретенного иммунодефицита, а в России – все случаи заболевания ВИЧ-инфекцией. С помощью безликой, ничего за собой не несущей аббревиатуры ВИЧ/СПИД, не определенной никакими классификациями, в том числе Международной классификацией болезней (МКБ-10) и Российской клинической

Рис. 1. Заболеваемость туберкулезом в России за последние 20 лет



кой классификацией ВИЧ-инфекции, было поставлено равенство между понятием «ВИЧ-инфекция» и «СПИД». Таким образом, в США считали процент распространенности туберкулеза среди лиц с тяжелым иммунодефицитом, а в России в большинстве случаев среди лиц с нормальным иммунным статусом. В России ВИЧ-инфекция начала распространяться значительно позже, чем в США, поэтому основная часть пациентов имела и имеет ее ранние стадии (до 4А включительно), при которых иммунный статус существенно не страдает. В 2005 году только 3,5% пациентов, состоящих на учете в центрах СПИД, имели поздние стадии ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5).

В США примерно 1 млн граждан, у которых развился СПИД, то есть тех лиц, у которых имел место выраженный иммунодефицит, вызывающий туберкулез, а число случаев туберкулеза – менее 15 тыс. Если даже один процент больных СПИДом в США заболеет туберкулезом, то заболеваемость им удвоится (рис. 4). Совершенно иная ситуация в России. В стране более 312 тыс. больных туберкулезом и менее 1,5 тыс. больных ВИЧ-инфекцией, у которых развился СПИД. Следовательно, если даже каждый из тех, у кого зарегистрирован синдром приобретенного иммунодефицита, заболеет туберкулезом, то на заболеваемость последним в целом это не повлияет.

Рис. 2. Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции в Калининградской области по годам

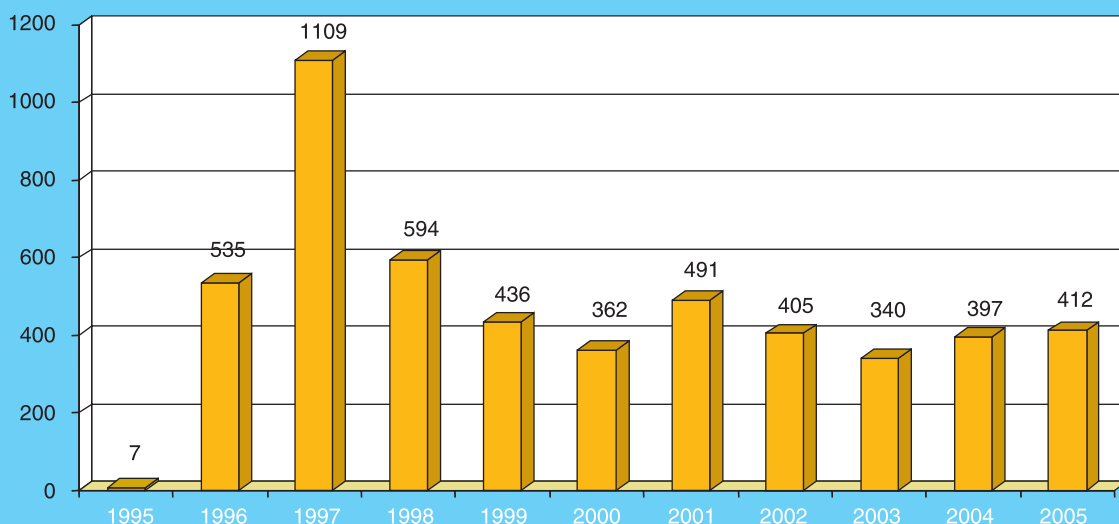
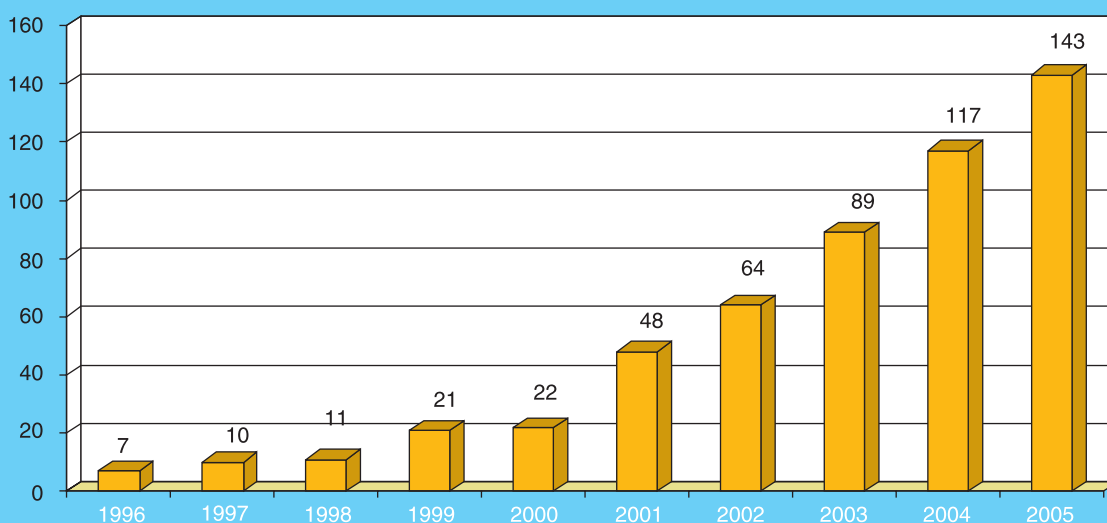


Рис. 3. Число зарегистрированных новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Калининградской области по годам





Таким образом, из-за нечеткости терминологии были сделаны неправильные прогнозы. На самом деле, учитывая тот факт, что в России туберкулезная инфекция распространена больше, чем в США, прогноз для России даже более неблагоприятен.

Учет случаев туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией также вызывал до последнего времени определенные проблемы. Центры СПИД и противотуберкулезные учреждения представляли существенно различающееся число случаев этой сочетанной патологии, при этом из-за соблюдения принципов конфиденциальности было неизвестно, разные ли это больные или одни и те же. Требовались разработка и организация системы единого учета, а также скоординированного наблюдения и лечения больных с этой сочетанной патологией. Для решения данной проблемы в России с 2004 года введена единая карта персонального учета случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (учетная форма № 263/у-ТВ «Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»). Таким образом, Россия стала первой страной, в которой начали внедрять единую систему сбора информации о случаях сочетанной патологии в субъектах Российской Федерации. Он осуществляется одним ответственным специалистом-фтизиатром, с одной стороны гарантирующим конфиденциальность информации, а с другой – обеспечивающим преемственность и координацию в оказании противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

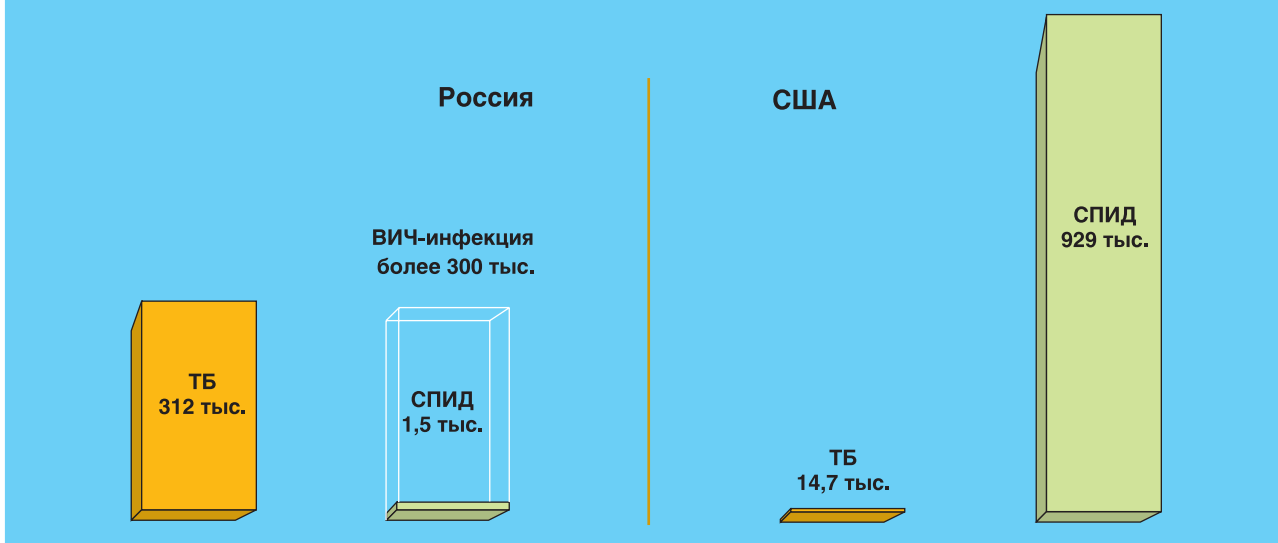
В 2005 году для составления единого свода данных о случаях сочетанной патологии за год в

отчетные формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» и в № 33 «Сведения о больных туберкулезом» введены дополнительные пункты. Они заполняются на основании этих учетных карт. В результате число зарегистрированных новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в 2005 году по сравнению с 2004 годом увеличилось более чем в 2 раза – с 1407 до 2926 (рис. 5). Таким образом, введение новой системы наблюдения за больными с сочетанной патологией подтверждает ее эффективность.

Всего в учреждениях системы Минздравсоцразвития России за 2005 год зарегистрировано 9713 больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, из них имели активные формы туберкулеза – 6850. Впервые выявленная сочетанная патология зарегистрирована в 2005 году у 2926 человек. Кроме того, в учреждениях УИС вновь зарегистрирована данная патология в 2005 году у 2506 человек. То есть общее число впервые выявленных больных составило 5432. Обследовано больных туберкулезом на ВИЧ-инфекцию 281 481 (94,2%). Обследовано больных ВИЧ-инфекцией на туберкулез 88 742 (27,0%).

Наибольшее число новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, зарегистрировано в Свердловской (488), Кемеровской (217), Иркутской (179), Самарской (156) областях, Санкт-Петербурге (158). Анализ карт персонального учета, направленных в адрес Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, по отдельным субъектам Российской Федерации по-

Рис. 4. Оценка распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в России и США (2004 г.)



казал, что Свердловская и особенно Кемеровская области являются очевидными лидерами только потому, что в территориях более полно регистрируют и учитывают случаи сочетанной патологии. Подтверждением этого может служить сопоставление количества зарегистрированных больных с сочетанной патологией в субъекте Российской Федерации и показателя распространенности случаев ВИЧ-инфекции на территории.

Для сравнения ниже приводятся территории, в которых ВИЧ-инфекция получила особенно широкую распространенность в показателе на 100 тыс. населения: Иркутская (724,7), Самарская (761,4), Оренбургская области (762,3), Ханты-Мансийский АО (606,3), Санкт-Петербург (662,2), Свердловская (561,3), Тюменская (502,7), Ленинградская (494,8), Калининградская (444,4), Ульяновская (542,3), Челябинская (417,4), Московская области (336,7).

Как видно, например, Кемеровская область к числу лидеров не относится, период времени от начала распространения ВИЧ-инфекции в приведенных территориях не менее, чем в Кемеровской области (то есть временной промежуток, необходимый для развития у заразившихся ВИЧ иммунодефицита, провоцирующего заболевание туберкулезом, 6 лет и более), и население Кемеровской области также не больше, чем в вышеуказанных субъектах Федерации.

Углубленный анализ карт персонального учета вновь выявленных случаев сочетанной патологии в России в 2005 году и за 6 месяцев 2006 года показал, что среди данного контингента преобладают мужчины – 73,9%; лица в возрасте 25–34 го-

да – 55,5%. В 2006 году уменьшилось число лиц 18–24 лет до 15,7% (с 25,1%) и увеличилось 35–44 лет – до 20,9% (с 16,3%).

Основная часть больных являются жителями города – 83,1%.

Социальная характеристика контингента: 77,3% – неработающие, трудоспособного возраста, 4,3% – указали себя бездомными, 52,5% – в прошлом находились в заключении.

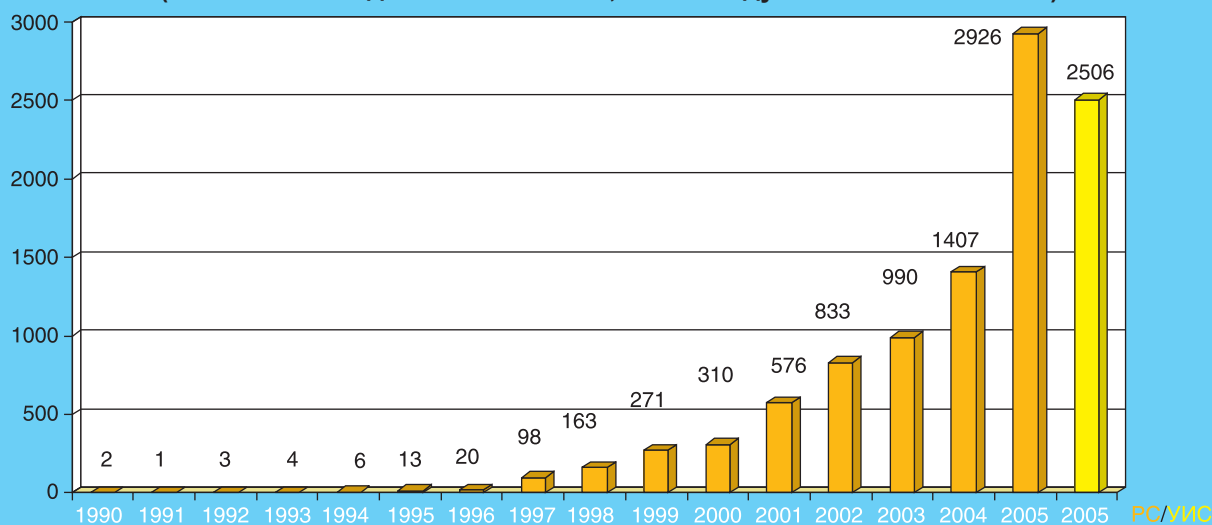
Основными путями заражения ВИЧ-инфекцией больных туберкулезом было введение наркотиков (64,8%) и половые контакты (20,6%). Среди больных с сочетанной патологией этот процент по сравнению с предыдущими годами не изменился, хотя среди всего контингента больных ВИЧ-инфекцией процент заразившихся при введении наркотиков снижается. Сохраняющаяся частота заражения ВИЧ при введении наркотиков среди больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, связана с тем, что больные наркоманией являются группой высокого риска заболевания туберкулезом.

Данная гипотеза подтверждается тем, что 16,5% из анализируемого контингента ранее перенесли туберкулез; 51,5% – имели контакт с больными туберкулезом, из них 38,2% – в ИТУ.

Важно учесть, что у 15,5% больных с сочетанной патологией в семье есть еще больные ВИЧ-инфекцией, которые имеют высокий риск заболевания туберкулезом.

Анализ локализаций туберкулезного процесса у больных ВИЧ-инфекцией показал, что поражение легких установлено в 96,6% случаев. Из числа прочих локализаций поражение периферичес-

Рис. 5. Число зарегистрированных новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в России по годам (с 1999–2004 гг. данные МЗ СР РФ, в 2005 году – МЗ СР РФ + ФСИН)





ких лимфатических узлов зарегистрировано в 40% случаев, органов брюшной полости – в 26,0%, плевры – в 7,4% случаев, костей и суставов – в 8,6%, ЦНС – в 1,7%. Острый милиарный процесс зарегистрирован у 4,4% больных.

Информация о наличии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции имеется в единичных картах, что, скорее всего, свидетельствует о неудовлетворительной диагностике этих заболеваний фтизиатрами из-за отсутствия подготовки по ВИЧ-инфекции. Данная гипотеза подтверждается результатами аутопсий. Среди умерших граждан, имевших сочетанную патологию, в 32,2% случаев причиной смерти были другие вторичные заболевания ВИЧ-инфекции. Таким образом, требуется срочная подготовка фтизиатров по вопросам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и ее вторичных заболеваний.

Основной сопутствующей патологией у данного контингента больных являются гепатиты: С – в 40,2%, В – в 2,6%, В и С одновременно – в 10,8%. Диагноз наркомания установлен у 14,5% пациентов.

Основным местом выявления туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, отмечены: районная поликлиника – 24,2%, общесоматический стационар – 33,3%, противотуберкулезный диспансер – 14,5%, ИТУ – 15,4%, центр СПИД – 9,0%. Это связано с особенностями течения туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Высокая температура тела и нехарактерная для туберкулеза рентгенологическая картина приводят к тому, что больных с неясным диагнозом госпитализируют в общесоматический стационар. В результате лабораторного исследования при госпитализации выявляется ВИЧ-инфекция, и таких лиц переводят в инфекционные больницы. Туберкулез в этих случаях нередко диагностируют через 1–2 месяца после перевода или при аутопсии.

Обстоятельством, способствующим выявлению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, является обращение с жалобами в лечебно-про-

филактические учреждения (67,7%) и активное выявление медицинским персоналом (29,2%). Это связано с тем, что первым проявлением туберкулеза у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции являются не изменения на рентгенограмме и кашель, а явления интоксикации с подъемом температуры до 39 °С и выше, иногда при полном отсутствии изменений при лучевой диагностике и кашля. Поэтому, чтобы своевременно выявлять и лечить туберкулез у этих больных, им важно разъяснять необходимость обращения к врачу при явлениях интоксикации, а фтизиатрам и инфекционистам важно иметь подготовку по вопросам диагностики туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Таким образом, в территориях, где более 7 лет распространяется ВИЧ, около 10–12% больных туберкулезом имеют ВИЧ-инфекцию. Широкая распространенность микобактерий туберкулеза среди населения России является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией.

Неудовлетворительная диагностика вторичных заболеваний у больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, требует организации сертифицированных курсов по ВИЧ-инфекции для фтизиатров.

Частая регистрация случаев туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции при аутопсиях свидетельствует о необходимости совершенствования форм организации и методов выявления атипично протекающего туберкулеза, склонного к генерализации и приводящего к быстрому летальному исходу.

Для ограничения распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией необходимо скоординированное между центрами СПИД и противотуберкулезными учреждениями осуществление полного комплекса мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.



СИСТЕМА УЧЕТА СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, в России показал необходимость четкого определения учитываемых случаев, которое должно соответствовать нозологическим единицам, дефинициям Международной классификации болезней (МКБ-10), Российской клинической классификации туберкулеза, утвержденной приказом Минздрава России от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», и Российской клинической классификации ВИЧ-инфекции, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.03.2006 № 166 «Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией».

Основные дефиниции, используемые при анализе контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

Туберкулез – болезнь, вызываемая микроорганизмами рода *Mycobacteria*, объединенными в комплекс *Mycobacterium tuberculosis complex*. Он включает виды *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*. Шифр по МКБ-10-A15-A19.

ВИЧ-инфекция – болезнь, вызываемая вирусами иммунодефицита человека – Z21, B20-B24.

Микобактерии – группа кислотоустойчивых микроорганизмов, среди которых регистрируются как патогенные возбудители болезней, так и сапрофиты. Наибольшей патогенностью обладают *Mycobacterium tuberculosis* и *Mycobacterium bovis*, вызывающие болезнь туберкулез.

Микобактериозы – заболевания, вызываемые микроорганизмами рода *Mycobacteria*, но не относящимися к *Mycobacterium tuberculosis complex*.

Статистически учитываемые формы туберкулеза в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) ВОЗ (далее МКБ-10) рекомендуются следующие: туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически, A15; туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически, A16; туберкулез нервной системы, A17; туберкулез других органов A18.

Активный туберкулез – формы туберкулеза, при наличии которых больных относят к 1-й и 2-й группе диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений, т. е. лица, имеющие специфический воспалительный процесс, вызванный *Mycobacterium tuberculosis complex* и определяемый комплексом клинических, лабораторных или лучевых (рентгенологических) признаков.

Неактивный туберкулез – формы туберкулеза, при наличии которых больных относят к 3-й группе диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений, т. е. лица, имеющие клинически излеченный туберкулез.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – вирус, вызывающий болезнь ВИЧ-инфекцию.

ВИЧ-инфекция – болезнь, развивающаяся после проникновения в организм человека вируса иммунодефицита человека. В соответствии с клинической классификацией ВИЧ-инфекции в ее течении выделяются следующие стадии – инкубации (1-я стадия заболевания, она продолжается в среднем 3 месяца), первичных проявлений ВИЧ-инфекции (2-я стадия заболевания, она продолжается в среднем один год), субклиническая (3-я стадия заболевания, она продолжается в среднем 5–6 лет), вторичных заболеваний (4А, 4Б и 4В стадии заболевания, они продолжаются в отсутствии антиретровирусной терапии в среднем 4–5 лет), терминальная (5-я стадия заболевания, она продолжается 4–5 месяцев).

Ранние стадии ВИЧ-инфекции – с 1-й по 4А.

Поздние стадии ВИЧ-инфекции – 4Б, 4В, 5.

Вторичные заболевания ВИЧ-инфекции – патологические состояния, которые наиболее часто развиваются на фоне иммунодефицита, обусловленного вирусом иммунодефицита человека (их могут вызывать как патогенные, так и условно-патогенные возбудители). Основные из них: кандидоз, туберкулез, герпетические инфекции, в том числе ВПГ-инфекция, опоясывающий лишай, ЦМВ-инфекция, саркома Капоши, лимфомы, энцефалопатии, пневмоцистоз, токсоплазмоз, кокцидиомикоз, криптококкоз, криптоспоридиоз, сальмонеллезы (не тифоидные).

Оппортунистические инфекции – заболевания, которые вызываются условно-патогенными возбудителями. Для их развития требуется иммунодефицит, поэтому они часто становятся вторичными заболеваниями ВИЧ-инфекции. В то же время ставить знак равенства между оппортунистическими и вторичными заболеваниями нельзя, так



как ряд вторичных заболеваний вызывается патогенными возбудителями, например туберкулез.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита – регистрируется при выявлении СПИД-индикаторных состояний. Ниже приводится перечень этих состояний (всего 28), определенный в 1993 году рекомендациями ВОЗ. Он применяется ВОЗ в первую очередь для эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции в мире, поскольку случаи заболевания ВИЧ-инфекцией регистрируются не во всех странах.

Перечень СПИД-индикаторных состояний

1. Бактериальные инфекции (множественные или возвратные) у ребенка в возрасте до 13 лет.
2. Кандидоз пищевода.
3. Кандидоз трахеи, бронхов или легких.
4. Рак шейки матки (инвазивный).
5. Кокцидиомикоз (диссеминированный или внелегочный).
6. Внелегочный криптококкоз.
7. Криптоспоридиоз кишечника с диареей >1 месяца.
8. Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов) у пациента в возрасте старше одного месяца.
9. Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения.
10. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ.
11. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более 1 мес., или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца.
12. Гистоплазмоз, диссеминированный или внелегочный.
13. Изоспороз кишечника (с диареей длительностью более 1 мес.).
14. Саркома Капоши.
15. Интерстициальная лимфоидная пневмония у ребенка в возрасте до 13 лет.
16. Лимфома Беркитта.
17. Иммунобластная лимфома.
18. Лимфома мозга первичная.
19. Микобактериозы, вызванные *M. kansasii*, *M. avium-intracellulare*, диссеминированные или внелегочные.
20. Туберкулез легких у взрослого или подростка старше 13 лет*.
21. Туберкулез внелегочный*.
22. Другие и недифференцированные диссеминированные или внелегочные микобактериозы.
23. Пневмоцистная пневмония.
24. Пневмонии возвратные (две и более в течение 12 месяцев).
25. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
26. Сальмонеллезные (не тифоидные) септицемии, возвратные.
27. Токсоплазмоз мозга у пациента в возрасте старше одного месяца.
28. Синдром истощения, обусловленный ВИЧ.

Случай туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, – регистрация двух этих инфекций одновременно у одного больного.

Случай вновь выявленной сочетанной патологии – регистрация нового случая туберкулеза у больного ВИЧ-инфекцией, либо, наоборот, впервые регистрация нового случая ВИЧ-инфекции у больного туберкулезом, либо выявление впервые одновременно обеих инфекций в отчетном году.

Система регистрации случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

С целью совершенствования регистрации случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в России в 2003 году тематической рабочей группой «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией» разработана и приказом Минздрава России № 547 от 13.11.2003 введена в действие «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (форма № 263у-ТБ).

* На основании научных исследований, проведенных в последующие годы, российские критерии случаев, в которых туберкулез следует рассматривать как проявление СПИДа, у больных ВИЧ-инфекцией сужены. Туберкулез целесообразно расценивать как проявление СПИДа при наличии:

- диссеминации туберкулезного процесса,
- значительного снижения реактивности, регистрируемой при морфологическом исследовании тканей, вовлеченных в туберкулезный процесс (например, лимфатического узла),
- выраженного иммунодефицита, подтвержденного лабораторными методами или диагностируемого на основании клинических проявлений.



Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

1. Ф. И. О. (только в карте, которая остается у фтизиатра-координатора в субъекте РФ) _____
2. Код (в карте для федерального центра указывается только код) _____
3. Пол ____ м. ____ ж. _____
4. Возраст _____ Дата рождения _____
5. Место работы _____ Должность/профессия _____
6. Место жительства _____
7. Дата регистрации туберкулеза _____
8. В случае смерти – дата смерти _____
9. Метод выявления туберкулеза – лучевой, бактериологический, морфологический _____
10. Контакт с больным туберкулезом (если известен, с кем, когда); состоял в IV гр. д. учета _____
11. Место выявления туберкулеза (ЛПУ, Центр СПИД) _____
12. Обстоятельства, при которых выявлен туберкулез (обращение с жалобами, активное выявление, посмертное выявление) _____
13. Туберкулез в анамнезе (сведения о группе диспансерного учета и пр.) _____
14. Пребывание в ИТУ _____
15. Диагноз туберкулеза _____
16. Наличие бактериовыделения _____
17. Резистентность к ПТП _____
18. Дата выявления ВИЧ-инфекции _____
19. Период времени, в который произошло заражение ВИЧ _____
20. Путь передачи ВИЧ (введение наркотиков, половой) _____
21. Другие больные ВИЧ-инфекцией в семье (мать, жена, муж, ребенок, прочие) _____
22. Стадия ВИЧ-инфекции ____ СД4 _____ число лимфоцитов _____
23. Вторичные заболевания _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_ _11_ _12_ _13_ _14_ _15_ _16_ _17_ _18_ _19_ _20_ _21_ _22_ _23_ _24_ _25_ _26_ _27_ _28_ _29_ _____
24. Сопутствующая патология _____
25. В случае смерти: непосредственная причина _____
основное заболевание _____
26. Лечение ВААРТ (не нуждался, получает, отказался, не переносит, отсутствуют препараты) _____

Схема направления карт персонального учета о случаях туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, фтизиатру, отвечающему за координацию этой работы в субъекте РФ

«Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (далее карта) заполняется на пациента с впервые вы-

явленной сочетанной патологией или умершего от нее.

При выявлении в центре СПИД у больного ВИЧ-инфекцией туберкулеза или его рецидива на пациента заполняется карта и направляется ответственному специалисту-фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации.

При выявлении в противотуберкулезном учреждении у больного туберкулезом впервые ВИЧ-ин-



фекции на него заполняется карта и направляется ответственному специалисту фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Российской Федерации.

На умершего от этой сочетанной инфекции патологоанатом направляет копию посмертного эпикриза ответственному специалисту-фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Российской Федерации. На основании полученного эпикриза этот специалист заполняет карту.

Если вскрытие не проводилось, о случае смерти тому же специалисту сообщает лечебно-профилактическое учреждение, которым констатирована смерть.

Впервые выявившие сочетанную патологию фтизиатры и инфекционисты отмечают в карте паспортные данные и вопросы, относящиеся к их компетенции. Фтизиатр, ответственный за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте Российской Федерации, получив от них карту и имея подготовку по обеим специальностям, заполняет все оставшиеся незаполненными пункты.

Данная карта помогает фтизиатру-координатору осуществлять централизованные учет больных с сочетанной патологией в субъекте Российской Федерации и диспансерное наблюдение за ними в условиях конфиденциальности. Разборы всех случаев смерти от туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации (в соответствии с картами) позволяют врачам анализировать имевшие место случаи диагностических и лечебных ошибок. Таким образом, данные мероприятия повышают качество оказания помощи больным с сочетанной патологией и при этом позволяют сохранить конфиденциальность информации о них, так как все пациенты наблюдаются у одного фтизиатра, обученного особенностям работы с больным ВИЧ-инфекцией.

В 2006 году с целью единого учета всех случаев сочетанной патологии в России, включая УИС, ФСИН подготовлено служебное письмо «О заполнении учетной формы № 263/у-ТБ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (№ 10/22-471 от 22.02.2006). В нем даны дополнительные пояснения для УИС к приказу Минздрава России по заполнению этой формы.

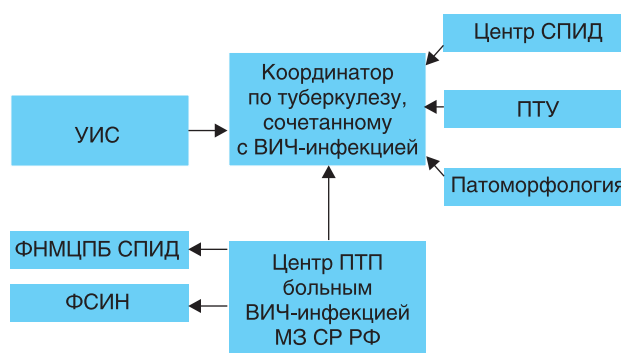
В частности, для карт, заполняемых в учреждениях ФСИН, даны следующие разъяснения. В строке «Наименование учреждения» указывается учреждение, направившее карту. В строке 5 «Место работы, профессия/должность» дается информация о работе в период отбывания наказания и профес-

сия по образованию. В строке 6 «Место жительства» показывают место отбывания наказания (СИЗО, ИК, ВК, ЛИУ и т. д.) и его адрес. В строке 11 дается учреждение УИС, выявившее туберкулез. В строке 14 указываются данные о последнем сроке пребывания в учреждении УИС.

После заполнения карты в УИС ее также направляют специалисту, отвечающему за координацию помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Таким образом, с 2006 года учет случаев сочетанной патологии осуществляется по следующей схеме.

Схема сбора информации о случаях туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией



В свою очередь ответственный фтизиатр по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации в соответствии с приказом анализирует эти карты и их дубликаты с закодированными паспортными данными на вновь выявленных больных или умерших от сочетанной патологии направляет в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России.

В данном центре проводят оценку заполнения карт. В частности, в них имеются вопросы, позволяющие определить, например, правильность определения стадий ВИЧ-инфекции.

Анализ данного контингента больных с сочетанной патологией дает возможность оценивать потребности в обеспечении ресурсами субъектов Российской Федерации для решения этой проблемы, проводить прогностические исследования. Результаты проведенного анализа центр представляет всем заинтересованным организациям.

Результаты анализа заполнения карт в течение 2004–2005 годов, а также внесение дополнений в перечень вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции в форму федерального государственного статис-

тического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» потребовали дополнительных пояснений к их заполнению.

Пояснения по заполнению «Карты персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией», фтизиатром, ответственным за координацию помощи данному контингенту (учетная форма № 263/у-ТБ, приказ МЗ РФ от 12.11.2003 № 547)

При заполнении «Карты персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (далее карта) необходимо в левом верхнем углу карты делать пометку о причине заполнения (далее п/з) с помощью цифры, указывающей причину:

- 1 – регистрация впервые выявленного больного сочетанной инфекцией;
- 2 – регистрация рецидива туберкулеза;
- 3 – сочетанная инфекция впервые выявлена при аутопсии;

4 – летальный исход у уже взятого на учет больного.

Для пребывающих в заключении еще добавляется – УИС.

Пример написания:

Больной впервые зарегистрирован в УИС:

П/з – 1, УИС.

У больного ВИЧ-инфекцией выявлен рецидив туберкулеза:

П/з – 2.

Пояснения к пункту 24

С целью сопоставимости карты с введенной в 2005 г. новой Годовой формой федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» кодификатор вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции в ней расширен. При этом вторичным заболеваниям ВИЧ-инфекции присвоены новые номера, они приводятся ниже (табл. 1).

Таблица 1

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней	1
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции:	2
из них туберкулез (стадии 4Б, 4В, 5)	3
из В 20.0 – <i>M. kansasii</i> и <i>M. avium</i>	4
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций	5
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания	6
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций	7
из них с простым герпесом с хроническими язвами продолжительностью более месяца, бронхитом, пневмонией, эзофагитом (у пациентов старше одного месяца)	8
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза	9
из них кандидоз бронхов, трахеи, легких, пищевода	10
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов	11
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i>	12
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций	13
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней	14
из них криптококкоз внелегочный или с диареей более одного месяца	15
Токсоплазмоз из В 20.8	16
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней	17
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований	18
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши	19
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта	20
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом	21
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей	22
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований	23
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований	24
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований	25
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней	26
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии	27
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита	28
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома	29



Пояснения к пункту 25

Анализ причин смерти от туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, показал отсутствие четкого понимания, как правильно заполнять причину смерти, в связи с этим разработан более детальный кодификатор, упрощающий эту задачу. Вместо написания диагнозов и причин нужно будет поставить только указанные ниже цифры.

1. Летальный исход:
 - 1.1 – на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (до 4А включительно)
 - 1.2 – на стадии вторичных заболеваний (4Б–5)
2. Летальный исход на ранних стадиях ВИЧ-инфекции от:
 - 2.1 – туберкулеза
 - 2.2 – передозировки наркотиков
 - 2.3 – цирроза печени
 - 2.4 – других заболеваний, не связанных с ВИЧ-инфекцией
 - 2.5 – других причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией
3. Основная причина летального исхода на стадии вторичных заболеваний:
 - 3.1 – туберкулез
 - 3.2 – не туберкулез
 - 3.3 – без аутопсии
 - 3.4 – при аутопсии
4. У умерших от туберкулеза на вскрытии выявлены еще другие вторичные заболевания:
 - 4.1 – нет
 - 4.2 – *M. kansasii*, *M. avium*
 - 4.3 – другая микобактериальная инфекция
 - 4.4 – другая бактериальная инфекция
 - 4.5 – цитомегаловирусная инфекция
 - 4.6 – бронхит, пневмония, эзофагит, вызванные ВПГ
 - 4.7 – другие вирусные инфекции
 - 4.8 – кандидоз бронхов, трахеи, легких, пищевода
 - 4.9 – другой кандидоз
 - 4.10 – другие микозы
 - 4.11 – пневмония, вызванная *Pneumocystis carinii*
 - 4.12 – множественные инфекции
 - 4.13 – криптококкоз внелегочный
 - 4.14 – токсоплазмоз
 - 4.15 – другие инфекционные и паразитарные болезни
 - 4.16 – неуточненные инфекционные и паразитарные болезни
 - 4.17 – саркома Капоши
 - 4.18 – лимфома Беркитта
 - 4.19 – другие неходжкинские лимфомы
 - 4.20 – другие злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани
 - 4.21 – множественные злокачественные новообразования
 - 4.22 – другие злокачественные новообразования
 - 4.23 – неуточненные злокачественные новообразования
 - 4.24 – лимфатический интерстициальный пневмонит
 - 4.25 – изнуряющий синдром
 - 4.26 – другие уточненные болезни
5. Если основная причина летального исхода на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции не туберкулез, следует указать порядковый номер причины смерти:
 - 5.1 – нет
 - 5.2 – *M. kansasii*, *M. avium*
 - 5.3 – другая микобактериальная инфекция
 - 5.4 – другая бактериальная инфекция
 - 5.5 – цитомегаловирусная инфекция
 - 5.6 – простой герпес, бронхит, пневмония, эзофагит
 - 5.7 – другие вирусные инфекции
 - 5.8 – кандидоз бронхов, трахеи, легких, пищевода
 - 5.9 – другой кандидоз
 - 5.10 – другие микозы
 - 5.11 – пневмония, вызванная *Pneumocystis carinii*
 - 5.12 – множественные инфекции
 - 5.13 – криптококкоз внелегочный
 - 5.14 – токсоплазмоз
 - 5.15 – другие инфекционные и паразитарные болезни
 - 5.16 – неуточненные инфекционные и паразитарные болезни



- 5.17 – саркома Капоши
- 5.18 – лимфома Беркитта
- 5.19 – другие неходжкинские лимфомы
- 5.20 – другие злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани
- 5.21 – множественные злокачественные новообразования
- 5.22 – другие злокачественные новообразования
- 5.23 – неуточненные злокачественные новообразования
- 5.24 – лимфатический интерстициальный пневмонит
- 5.25 – изнуряющий синдром
- 5.26 – другие уточненные болезни
- 5.27 – передозировка наркотиков
- 5.28 – цирроз печени
- 5.29 – другие заболевания, не связанные с ВИЧ-инфекцией
- 5.30 – другие причины, не связанные с ВИЧ-инфекцией

Пример заполнения в карте пункта 25 – основная причина смерти

- А. Больной умер на ранней стадии ВИЧ-инфекции от цирроза печени – 1.1, 2.3
- Б. На поздней стадии ВИЧ-инфекции основная причина – туберкулез – 1.2, 3.1
- В. На поздней стадии ВИЧ-инфекции основная причина туберкулез, но зарегистрирована еще саркома Капоши и кандидоз пищевода – 1.2, 3.1, 4.17, 4.8
- Г. На поздней стадии ВИЧ-инфекции у больного туберкулезом основной причиной смерти явился токсоплазмоз мозга – 1.2, 3.2, 5.14

На основании данных этих карт, а также формы 030-4/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений» специалисты, осуществляющие координацию помощи больным с сочетанной патологией, предоставляют информацию для заполнения пунктов, касающихся случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в новой форме федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией». В частности, в ней учитывают:

- общее число случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (регистрируются все случаи туберкулеза – активного и неактивного – у больных ВИЧ-инфекцией),
- случаи активного туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (случаи активного туберкулеза, зарегистрированные у больных ВИЧ-инфекцией),
- случаи сочетанной патологии, вновь выявленные в отчетном году,
- случаи туберкулеза у больных, имевших поздние стадии ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5),
- случаи туберкулеза у вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией в отчетном году,
- всего умерло от ВИЧ-инфекции с проявлениями микобактериальной инфекции.

Кроме того, Минздравсоцразвития России регистрируется общее число больных ВИЧ-инфекцией, обследованных на туберкулез (форма федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией»), а также число больных туберкулезом, обследованных на ВИЧ-инфекцию, и из них имевших положительный результат при исследовании на ВИЧ-инфекцию методом иммунного блотинга (форма федерального государственного статистического наблюдения № 33 «Сведения о больных туберкулезом»).

Созданная система отчетно-учетной документации позволяет провести анализ контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и определить прогноз дальнейшего распространения этой сочетанной патологии в России.



Ведущие секционного заседания, посвященного вопросам мониторинга за случаями туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (совещание-семинар с привлечением международных экспертов «Взаимодействие между противотуберкулезной службой и центрами по профилактике и борьбе со СПИД» 14–15 декабря 2004 года)



Обсуждение ведущими специалистами центров СПИД и противотуберкулезных учреждений в Сибирском федеральном округе вопросов, посвященных совершенствованию механизмов мониторинга за случаями туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией (октябрь 2006 года)

Для оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, важно учитывать следующую информацию.

Как известно, туберкулезная инфекция в России широко распространена, поэтому ведущая роль в распространении этой сочетанной патологии в стране принадлежит ВИЧ-инфекции.

При этом важно учитывать не только распространенность возбудителя ВИЧ-инфекции, но и длительность его распространения в популяции на территории, так как иммунодефицит, приводящий к туберкулезу в отсутствие антиретровирусной терапии, развивается в среднем через 6–8 лет. Чем раньше начала регистрироваться ВИЧ-инфекция в субъекте Российской Федерации, тем у большего числа больных регистрируется сочетанная патология.

Для объективной оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией и дальнейшего прогноза целесообразно

но также рассчитывать пораженность туберкулезом граждан, имеющих поздние стадии ВИЧ-инфекции (то есть стадии 4Б, 4В, 5).

Важным прогностическим признаком оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, является определение удельного веса случаев туберкулеза среди других вторичных заболеваний на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в субъекте РФ, а также процент умерших от него из общего числа умерших на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

В качестве неблагоприятного прогностического признака следует рассматривать показатель высокой распространенности туберкулеза среди больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, так как это свидетельствует о том, что ВИЧ-инфекция распространяется среди лиц из группы высокого риска заболевания туберкулезом. Именно такая ситуация имеет место в настоящее время в России.



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Для ограничения распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в России и организации противотуберкулезной помощи этому контингенту населения Минздравсоцразвития России организована и проводится работа по следующим направлениям:

- изучение международного опыта противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией и адаптация его к российским условиям;
- координация практической профилактической и лечебной работы;
- выполнение мероприятий в рамках проекта гранта Глобального фонда по борьбе с туберкулезом, реализуемым Фондом РЗ;
- взаимодействие с общественными организациями;
- оптимизация и координация научных исследований по проблемам туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Для изучения международного опыта по вопросам противотуберкулезной помощи больным

ВИЧ-инфекцией и адаптации его к российским условиям Минздравсоцразвития России выполнены следующие мероприятия:

1. Совместно с ВОЗ в рамках Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу в 2002 году создана тематическая рабочая группа «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией». Данной группой:
 - определена концепция программы мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в России;
 - разработаны рекомендации для медицинских работников по вопросам противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией;
 - подготовлен и проведен цикл семинаров для специалистов, отвечающих за организацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, из всех субъектов РФ.
2. Совместно с ВОЗ и международными экспертами проведен двухдневный семинар-совещание



Открытие секционного заседания, посвященного обсуждению основных направлений противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией (совещание-семинар с привлечением международных экспертов «Взаимодействие между противотуберкулезной службой и центрами по профилактике и борьбе со СПИД» 14–15 декабря 2004 года)



ние, на котором окончательно обсуждены координационный механизм и концепция программы мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, подготовленные рабочей группой.

3. В 2006 году совместно с ВОЗ начат выпуск периодического бюллетеня по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.
4. В 2005 году проведена совместно с ВОЗ и «Открытым институтом здоровья» первая россий-

ская конференция «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией». В ней приняли участие представители из 23 стран. Аналогичная конференция планируется в 2007 году.

5. За последние 3 года 43 специалиста прошли обучение на международных семинарах.
6. За последние 3 года совместно с ВОЗ и другими международными организациями в России проведено 36 семинаров по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.



Преподаватели и участники семинара по проблемам ВИЧ-инфекции и туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией (Ханты-Мансийск, апрель 2006 года)



«Рекомендации по снижению заболеваемости туберкулезом среди населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции», подготовленные ТРГ «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией» в 2004 году, отражающие основные направления противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией и «Материалы первой российской научно-практической конференции «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией», проходившей 25–26 мая 2005 года, отразившие ситуацию по данной проблеме в России



Обсуждение основных направлений противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией и механизмов их реализации на заседании РГВУ 16 декабря 2004 года



Обучение по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, российских организаторов здравоохранения в США в 2004 году

Для координации практической работы по организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией создан Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. В рамках его работы выполнены следующие мероприятия:

1. Определена система единого учета случаев сочетанной патологии, утвержденная Росстатом.
2. Проведен анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией. Определены приоритетные задачи данной проблемы.
3. Разработана программа противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в России.
4. Подготовлен проект документов по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

В рамках проекта гранта Глобального фонда по борьбе с туберкулезом, реализуемого Фондом «Российское здравоохранение», для организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией выполняются следующие мероприятия:

1. За 2006 год на семинарах планируется подготовить 2400 специалистов по туберкулезу и ВИЧ-инфекции.
2. Подготовлены к изданию пособие и модуль, а также материалы на электронных носителях.
3. Разрабатывается компьютерная программа для обеспечения единого мониторинга за случаями туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.
4. Обеспечение оборудованием для организации специализированной помощи больным сочетанной патологией в субъектах Российской Федерации.
5. Разрабатываются информационные материалы по аспектам туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-ин-

фекцией, для больных, их родственников, групп высокого риска заболевания данной патологией, после чего они будут изданы и распространены в субъектах Российской Федерации.

Для обеспечения связи с общественностью за 2004–2006 годы проводилась и проводится совместная работа со следующими организациями: «Открытый институт здоровья», «СПИД-инфосвязь», «Исследовательская университетская компания», «Американский международный союз здравоохранения», «Партнеры во имя здоровья», «Содействие сохранению здоровья населения», «Обновление» (Республика Татарстан), «Благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие» (Санкт-Петербург) и др.

С целью оптимизации и координации научных исследований по проблемам туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в рамках Научного совета РАМН и Минздравсоцразвития России по туберкулезу и гранулематозным заболеваниям легких (при-



Обсуждение программы прикладного научного исследования в пилотных территориях, посвященного проблеме превентивного лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, представителями общественной организации «Университетская исследовательская компания» и «Агентства США по международному развитию»



каз 21/63 от 26.02.2003 «О научных советах РАМН и Минздравсоцразвития России по комплексным проблемам медицины» и решение № 91 от 11.11.2003 «Об утверждении персонального состава Научного совета РАМН и Минздравсоцразвития России по туберкулезу и гранулематозным заболеваниям легких и входящих в него Проблемных комиссий») создана и работает Проблемная комиссия «Туберкулез и ВИЧ-инфекция». Основные ее задачи – планирование, координация и анализ научных исследований по данной проблеме.

В настоящее время в России выполняются следующие комплексные научные исследования по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией:

- в НИИФ ММА им. И.М. Сеченова – комплексная тема: «Противотуберкулезная помощь больным ВИЧ-инфекцией», завершение в 2007 году,
- в ЦНИИТ РАМН – «Особенности выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией из социально уязвимых слоев населения».

За прошедшие 3 года защищена одна диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Лечебно-диагностическая помощь больным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в условиях многопрофильной специализированной больницы» и 5 – кандидата медицинских наук. Данные работы были посвящены, главным образом, особенностям течения и диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Наиболее приоритетными темами для дальнейших исследований определены:

- превентивное лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией;
- совершенствование методов выявления туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

О выполняемых научных исследованиях по данной тематике просим сообщить в адрес Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России по адресу: г. Москва, ул. Барболина, д. 3.

СИСТЕМА КООРДИНАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сложность организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией во многом обусловлена тем, что в ее реализации задействованы две службы одновременно: противотуберкулезная и инфекционная. Взаимодействие в работе между ними требуется по всем основным направлениям программы борьбы с данной сочетанной патологией. Для реализации на федеральном и региональном уровнях этих мероприятий определен механизм

координации, принципы кадровой политики и подходы к разработке региональных программ противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Координация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией на федеральном уровне осуществляется на трех этапах.

Первый этап – совместная разработка нормативных документов. Проводится рабочими группа-



Обсуждение на секционном заседании по созданию координационного механизма системы противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией (совещание-семинар с привлечением международных экспертов «Взаимодействие между противотуберкулезной службой и центрами по профилактике и борьбе со СПИД» 14–15 декабря 2004 года)



Обсуждение вопросов лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, на специализированном секционном заседании и представление итогов работы (совещание-семинар с привлечением международных экспертов «Взаимодействие между противотуберкулезной службой и центрами по профилактике и борьбе со СПИД» 14–15 декабря 2004 года)

ми, в состав которых входят специалисты противотуберкулезных учреждений, центров СПИД, Минздравсоцразвития России, ФСИН, ВОЗ, представители общественных и неправительственных организаций.

Второй этап – согласование документов. Для этого создан Координационный совет под председательством заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Р.А. Хальфина (Приказ Минздравсоцразвития России от 13.05.2005 № 332 «О Координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией»).

В Совет входят руководители и ведущие специалисты фтизиатрической службы и центров СПИД, представители Минздравсоцразвития России, ФСИН, ВОЗ, МФОККиКП, общественных и неправительственных организаций.

Третий этап – исполнение организационно-методических и координационных функций в соответствии с разработанными и согласованными Координационным советом приказами, положениями, рекомендациями. Эти функции выполняет Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России.

Для координации работы в субъектах РФ рекомендуется создание аналогичного механизма.

На первом этапе для адаптации разработанных на федеральном уровне документов к местным условиям формируется рабочая группа.

На втором этапе для согласования документов создается Координационный совет под председательством ответственного руководителя органа управления здравоохранением в субъекте РФ.

На третьем этапе для исполнения организационно-методических и координационных функций в субъекте РФ назначается координатор по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Он избирается членами Координационного совета и входит в его состав.

Требования к специалисту, ответственному за координацию деятельности по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте РФ: опыт работы в области организации противотуберкулезной помощи населению, знание клинических аспектов фтизиатрии и специализация по ВИЧ-инфекции.

Деятельность специалиста должна быть направлена на обеспечение координации в работе учреждений противотуберкулезной службы и центров СПИД в субъекте РФ с целью оптимизации фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией и ограничения распространения этой сочетанной патологии. Главными разделами этой работы являются:

1. Подготовка кадров по аспектам туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.
2. Обеспечение медицинской помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.
3. Осуществление мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.



4. Информирование о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах их профилактики.
5. Содействие проведению Координационных советов по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.
6. Разработка и внедрение региональной программы противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

При разработке отдельных программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией необходимо предусматривать согласованное финансирование единого комплекса конкретных мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Данный комплекс должен обеспечивать решение задач по созданию систем: информирования населения о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией, подготовки кадров, организации выявления и лечения туберкулеза с учетом стадий ВИЧ-инфекции и противозидемических требований, а также диспансерного наблюдения больных, профилактических мероприятий в отношении туберкулезной инфекции, социальной адаптации больных, мониторинга за случаями туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Определение необходимых мероприятий для решения задач программы проводится рабочей группой, в которую входят специалисты противотуберкулезных учреждений и центров СПИД. Этой группой принимаются решения о том, какие мероприятия целесообразно финансировать в рамках подпрограммы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, и какие – с туберкулезом.

1. Раздел программы по информированию о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах его профилактики должен включать три уров-



Совместное рабочее совещание руководителей Алтайского краевого центра СПИД и Алтайского краевого противотуберкулезного диспансера

- ня: работу среди широких слоев населения, групп риска, индивидуальную.
2. Важным разделом программы должна стать подготовка медицинского персонала к работе с данным контингентом больных.
 3. В разделе программы по выявлению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией необходимо предусматривать условия для забора и исследования материала с целью бактериологического исследования на микобактерии туберкулеза, обследования больных методами лучевой и туберкулинодиагностики, доступность необходимых на поздних стадиях ВИЧ-инфекции эндоскопических и морфологических исследований, генодиагностики. Важным аспектом данной работы является обеспечение предупреждения пересечения эпидемиологически опасных потоков больных при организации обследования на туберкулез. Кроме того, необходимо создание четкой системы организации своевременного обследования окружения в выявленных очагах туберкулезной инфекции и обеспечения обследования на туберкулез членов семей, в которые возвращаются с новорожденными, не вакцинированными БЦЖ, больные ВИЧ-инфекцией родильницы, а также работы с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.
 4. В разделе организации системы лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, особое место уделяется системе скоординированного обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с протоколами лечения, осуществлению контролируемого лечения туберкулеза, обеспечению противозидемических мероприятий при амбулаторном и стационарном лечении в отношении туберкулезной инфекции; а также возможности обследования на вторичные заболевания ВИЧ-инфекции.
 5. В разделе психологической и социальной адаптации больных следует предусматривать возможность предоставления пациентам консультативной помощи психотерапевта, юриста, социального работника.
 6. В разделе мониторинга за туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией необходимо планировать подготовку статистических бюллетеней, компьютерную обработку полученных данных и возможность хранения картотеки в условиях конфиденциальности.

Анализ работы в территориях, где организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-ин-



фекцией уже ведется в соответствии с разработанными рекомендациями (Алтайский край, Республика Бурятия, Владимирская, Калининградская, Кемеровская, Орловская, Пермская, Рязанская, Саратовская, Свердловская, Челябинская области, Ханты-Мансийский а. о.), показал их эффективность. В частности, данная система позволила осуществлять единый мониторинг и диспан-

серное наблюдение за больными с сочетанной патологией в условиях взаимоприемственности и конфиденциальности, обеспечение более четкого противозидемического режима при оказании помощи больным с иммунодефицитными состояниями и скоординировать мероприятия противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в программах по туберкулезу и ВИЧ-инфекции.



РАЗДЕЛ 2

МЕРОПРИЯТИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Всемирная организация здравоохранения придает большое значение проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в связи с этим систематически организует конференции, семинары и встречи, посвященные данной проблеме.

Ежегодно глобальное партнерство «Остановить туберкулез» организует рабочие совещания Всемирной рабочей группы «Туберкулез у пациентов с ВИЧ-инфекцией». В 2006 году такое совещание состоялось 12–13 августа в Торонто (Канада). Оно проходило в формате открытой консультации «ВИЧ-инфекция и туберкулез в контексте универсального доступа к медицинской помощи: Что работает, а что нет?». Данное заседание приурочено к XVI международной конференции по ВИЧ-инфекции в Торонто (13–18 августа 2006 г.). <http://www.aids2006.org>.

В рамках 37-й Всемирной конференции по вопросам борьбы с заболеваниями легких, которая проходила 31 октября – 4 ноября 2006 г. в Париже (Франция), ВОЗ в сотрудничестве с Партнерством «Остановить туберкулез» провела совещание ключевых представителей трех рабочих групп Партнерства «Остановить туберкулез». Оно было посвящено вопросам расширения стратегии DOTS, а также борьбы с туберкулезом: у больных ВИЧ-инфекцией и вызванным микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью. В нем также приняли участие члены рабочей группы по

вопросам информационно-просветительской работы, коммуникации и мобилизации общественности, руководители национальных программ по борьбе с туберкулезом из стран с высокими показателями заболеваемости туберкулезом и представители ВОЗ. <http://www.worldlunghealth.org/Conf2006>.

Ежегодно Всемирная организация здравоохранения совместно с Сотрудничающим центром по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких Fondazione S. Maugeri в Традате (Италия) организует курс для консультантов по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией. Он проходит в г. Сондало, Италия. В 2006 году впервые данный учебный курс был организован для представителей Европейского региона ВОЗ и включил в себя ряд специфических вопросов, актуальных для Европейских стран.

Европейское региональное Бюро ВОЗ (Копенгаген) совместно с региональной инициативой по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией Andrija Stampar и факультетом общественного здравоохранения Университета Загреба (Хорватия) выступает организатором учебного курса «Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией среди больных туберкулезом». Он проходит в Загребе. Цель данного учебного курса – выработка необходимых знаний и навыков для планирования, реализации и оценки эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных туберкулезом,



Больница для больных туберкулезом в г. Сондало (Италия), на базе которой ежегодно ВОЗ совместно с Сотрудничающим центром по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких Fondazione S. Maugeri в Традате (Италия) организует курс для консультантов по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, и один из рабочих моментов на данном курсе



основываясь на действующих рекомендациях ВОЗ и Программы ООН по ВИЧ/СПИД. Аудиторией для данного учебного курса являются те специалисты, кто проводит эпиднадзор за туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в странах Европы.

В настоящее время штаб-квартирой ВОЗ в Женеве, Европейским региональным бюро (Копенгаген) разработан и издан ряд руководств и справочных материалов по данной теме. Ниже приведены основные из них.

Документы, подготовленные штаб-квартирой ВОЗ (Женева): <http://www.who.int/tb/publications/en>.

1. Принципы борьбы с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Всемирная организация здравоохранения 2003. (Издана русская версия.)
2. Рекомендации по проведению совместных программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Всемирная организация здравоохранения 2003. (Издана русская версия.)
3. Предварительный порядок сотрудничества в области туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Всемирная организация здравоохранения 2003. (Русская версия издается.)

4. Клиническое руководство по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией. Второе издание. Всемирная организация здравоохранения 2004. (Русская версия издается.)
5. Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Полевой тестовый вариант. Всемирная организация здравоохранения 2005. (Русская версия издается.)
6. Руководство по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией у больных туберкулезом. Второе издание. Всемирная организация здравоохранения 2005. (Русская версия издается.)

Европейским Бюро ВОЗ (Копенгаген) (<http://www.who.dk/tuberculosis/publications>) подготовлена Европейская базовая стратегия снижения проблемы ТБ/ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения 2003. (Издана русская версия.)

По всем вопросам, связанным с деятельностью Всемирной организации здравоохранения, можно обращаться по адресу: Москва, Остоженка, 28; тел. (495) 787-2116; факс (495) 787-2149, эл. почта w.jakubowiak@who.org.ru, интернет-сайты: www.who.int/tb, www.euro.who.int.



На балконе в перерыве между занятиями на факультете общественного здравоохранения Университета Загреб (Хорватия), проводимыми совместно с Европейским бюро ВОЗ (Копенгаген): CDC-преподаватели и курсанты



РАЗДЕЛ 3

ИНФОРМАЦИЯ О НОВЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ, СЪЕЗДАХ, СЕМИНАРАХ, КОНФЕРЕНЦИЯХ, КОНГРЕССАХ В РОССИИ И МИРЕ ПО ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Информация о новых материалах по туберкулезу, ВИЧ-инфекции и сочетанной патологии

В рамках работы Координационного совета Минздравсоцразвития России по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, подготовлен проект пособия для специалистов, осуществляющих координацию фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъектах Федерации «Противотуберкулезная помощь больным ВИЧ-инфекцией».

Для подготовки кадров на семинарах и тренингах Центром противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией совместно с Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИД, Минздравсоцразвития России и ВОЗ разработан учебный модуль для подготовки врачей «Система мер профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией».

Данные документы будут изданы и распространены специалистам в субъекты Федерации.

Съезды, конгрессы, конференции, встречи

25–27 октября 2006 года в Нижнем Новгороде состоялся **VII Российский съезд инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней»**.

На съезде представлены доклады ведущих ученых России: «Современная стратегия лечения инфекционных болезней» (В.В. Малеев, Москва), «Глобальная ликвидация инфекций. Мечта и реальность» (В.В. Шкарин, Н. Новгород), «Концепция патогенеза синдрома интоксикации при инфекционных заболеваниях» (С.Г. Пак, Москва), «Молекулярно-биологические методы в диагностике, лечении и профилактике инфекционных заболеваний» (Ю.В. Лобзин, Санкт-Петербург), «Гепатит Е. Современные аспекты изучения» (М.И. Михайлов, Москва).

В рамках съезда проведены симпозиумы по актуальным вопросам клиники, лечения и оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

С **12 по 16 ноября 2006 года** в г. Глазго (Шотландия) прошел 8-й **Международный конгресс по лекарственной терапии ВИЧ-инфекции**. На нем рассматривались следующие ключевые вопросы: антиретровирусная терапия в 2006 году; новые подходы к лечению пациентов, ранее получавших ВААРТ; клиническое применение различных схем ВААРТ; новые направления в терапии пациентов с сочетанной патологией: ВИЧ-инфекция и гепатиты В и С; трансплантация органов у больных ВИЧ-инфекцией; лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией; проблема резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам и подходы к ее преодолению. www.HIV8.com.

28 ноября – 2 декабря 2006 года состоялась **научно-практическая конференция** «Приоритетные направления обеспечения результативности противотуберкулезных мероприятий в современ-



Преподаватели и курсанты из Дальневосточного федерального округа на семинаре для ответственных организаторов здравоохранения по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в г. Владивостоке



ных социально-экономических условиях» в г. **Екатеринбурге**. В ее рамках 30 ноября прошло секционное заседание по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

18–19 апреля 2007 года Минздравсоцразвития России совместно с ВОЗ, Фондом «Российское здравоохранение» и Открытым институтом здоровья проводит **вторую Российскую конференцию «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией»**. К данной конференции будет издан сборник тезисов. Их можно направлять в адрес Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ РФ СР по адресу: 107014, Москва, ул. Барболина, 3 на электронном и бумажном носителях.

Формат тезисов: до 2 листов в формате Microsoft Word, шрифт Times New Roman, размер 14, интервал 1,5.

В первой декаде июня 2007 года в г. Москве состоится 8-й Съезд фтизиатров России. Более подробная информация о нем дана на 3-й странице обложки бюллетеня.

Семинары

В России в рамках гранта Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией,

реализуемого Фондом «Российское здравоохранение», проводит циклы семинаров на тему: «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией».

Первый цикл семинаров пройдет с 25 сентября по 9 декабря 2006 года. Его целью является подготовка ответственных организаторов здравоохранения в субъектах Федерации по данной проблеме. В частности, на семинар приглашены по два специалиста от каждого субъекта Федерации: фтизиатр, отвечающий за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией на уровне субъекта Федерации, и представитель органа управления здравоохранением в субъекте Федерации, курирующий вопросы туберкулеза и инфекционных болезней. Кроме того, на семинар приглашены представители кафедр, работающих по данному направлению.

Второй цикл семинаров начнется с конца 2006 года. Его целью является подготовка фтизиатров, инфекционистов и других специалистов в каждом субъекте Федерации по вопросам профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Первые семинары второго цикла будут организованы в территориях с наибольшей распространенностью ВИЧ-инфекции.



ПРЕЗИДИУМ ПРАВЛЕНИЯ РОФ ИЗВЕЩАЕТ О ПРОВЕДЕНИИ 8-го СЪЕЗДА ФТИЗИАТРОВ РОССИИ В I ДЕКАДЕ ИЮНЯ 2007 г. СЪЕЗД СОСТОИТСЯ В МОСКВЕ.

Правила оформления статьи для журнала «Проблемы туберкулеза и болезней легких»

При направлении статьи в редакцию журнала «Проблемы туберкулеза и болезней легких» автору необходимо строго соблюдать следующие правила:

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением учреждения, в котором выполнена работа.

2. Статья должна быть на русском языке, напечатана через 2 интервала с шириной полей 2,5 см. В редакцию необходимо присылать 2 экземпляра.

3. Размер оригинальных статей, включая рисунки, литературу и резюме, не должен превышать 18 с.

4. В выходных данных указываются: а) инициалы и фамилия автора, б) название работы, в) название учреждения, в котором выполнена работа, г) город, д) страна.

5. Заглавие статьи должно быть сформулировано возможно кратко, но без сокращений.

6. Статья должна быть подписана всеми авторами. Обязательно нужно указывать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с шестизначным почтовым индексом), телефон, желательны факс и E-mail.

7. Материал статьи (кроме лекций, обзоров, кратких сообщений) должен быть изложен в определенной последовательности с выделением разделов:

а) введение, в котором кратко освещены содержание вопроса (возможно, со ссылкой на литературные источники), цель и задачи исследования;

б) материал и методы. Излагать методики исследования следует без подробного описания, если они общеприняты (со ссылкой на автора), но с указанием модификаций, если они введены автором, необходимо точно описать применяемые воздействия: их вид, дозы, температуру, силу тока, длительность и т. д., должны быть указаны все элементы лечебного комплекса;

в) результаты и обсуждение (необходима статистическая обработка результатов);

г) выводы или заключение;

д) список литературы;

е) резюме.

8. Таблицы печатаются на отдельных листах, они должны быть компактными, иметь название, их шапка должна соответствовать содержанию граф. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте, обязательна их статистическая обработка. При использовании в таблице сокращений, не упомянутых в статье, или символов (*, ** и т. п.) смысл их объясняется текстом под таблицей.

9. Математические и химические формулы должны быть четко вписаны с указанием на полях букв (русские, латинские, греческие) алфавита, а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это неясно из шрифта.

10. В тексте не допускаются сокращения, кроме единиц измерения, которые следует давать только в соответствии с системой единиц СИ (кг, г, м, см, мм, л, мл, В, Вт, МА, Ки и т. п.).

11. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков (сюда относятся и графики), необходимых для понимания текста. Рисунки следует присылать в 2 экземплярах. На обороте рисунка должны быть указаны его порядковый номер и фамилия автора статьи. Подписи к рисункам следует давать на отдельном листе. В тексте статьи на каждый рисунок должна быть ссылка, продублированная на полях. Микрофотографии и фотографии рентгенограмм должны быть размером 6 × 9 см.

Рисунки (графики), представленные в электронном виде, должны быть только в формате TIFF (расширение *.tif), при этом может использоваться любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, CorelDRAW, Adobe Illustrator). Можно использовать сжатие LZW. К статье необходимо прикладывать распечатку (черно-белую) на бумаге иллюстраций, присылаемых в электронном виде.

12. Список литературы прилагается к статье на отдельном листе. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться номерами в квадратных скобках в соответствии со списком литературы, который формируется в алфавитном порядке: фамилия и инициалы автора (сначала отечественные, затем зарубежные авторы, в транскрипции оригинала), далее:

• для статей в журналах: название статьи, название журнала, год, том, выпуск, страница;

• для книг и сборников: название (по титульному листу), место и год издания;

• для диссертаций (авторефератов): название диссертации (автореферата), дисс. ... д-ра (канд.) мед. (биол.) наук, город, год.

13. К статье (исключая лекции, обзоры и краткие сообщения) должно быть приложено на отдельном листе резюме (до 15 строк) для перевода на английский язык. Оформление резюме: инициалы, фамилия автора, название статьи, ключевые слова.

14. Статья должна быть тщательно выверена автором, так как редакция не высылает корректуру.

15. Направление в редакцию работ, уже опубликованных или отправленных в другие журналы, не допускается.

16. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи.

17. Статьи, получившие отрицательную рецензию, в журнале не публикуются и авторам не возвращаются.

18. Статьи следует направлять почтой по адресу: 107564, Москва, Яузская аллея, 2. Редакция журнала «Проблемы туберкулеза и болезней легких».



Подписано к печати 12.12.2006.
Гарнитура Arial. Печать офсетная. Бумага мелованная. Формат 60x90 1/8.
Усл. печ. л. 3,5. Тираж 999 экз.

ООО «Издательство «Триада».
ИД № 06059 от 16 октября 2001 г.
170034, г. Тверь, пр. Чайковского, д. 9, оф. 504,
тел./факс (4822) 42-90-22, 35-41-30.
E-mail: triada@stels.tver.ru
<http://www.triada.tver.ru>

Отпечатано в ООО «Тверская фабрика печати»
(г. Тверь, Беляковский пер., д. 46). Заказ № .



Открытие семинара-совещания с привлечением международных экспертов
«Взаимодействие между противотуберкулезной службой и центрами по профилактике и борьбе со СПИД»
(14–15 декабря 2004 года)

Москва 2006