

(рис. 5, 6). Структура оперативных вмешательств в дневных стационарах дорожных клинических больниц оказалась неоднородной (в 2010 г. 93,9% выполнено на женских половых органах).

ВЫВОДЫ

1. Негосударственные учреждения здравоохранения транспортной отрасли (на примере медицинского комплекса ОАО «Российские железные дороги») по организационно-правовым основам своей деятельности имеют все возможности для дальнейшего развития амбулаторной хирургии в рамках стационарозамещающих технологий, преимущественно в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

2. Хирургическая помощь в негосударственных учреждениях здравоохранения ОАО «Российские железные дороги» характеризуется разнонаправленной динамикой развития: в дневных стационарах при поликлиниках следует заметить увеличение объёмных показателей, рост обеспеченности хирургической помощью, высокую степень хирургической активности, в дневных стационарах при больницах наблюдается прямо противоположная картина.

3. По сравнению с медицинскими организациями Минздрава Российской Федерации хирургическая помощь в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений железнодорожного транспорта развивается опережающими темпами. При этом тенденции развития амбулаторной хирургии в государственных и негосударственных поликлиниках сходны:

происходит снижение объёмов хирургической помощи.

4. Существуют значительные резервы для развития хирургической помощи в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений ОАО «Российские железные дороги» как в плане увеличения объёмов (в настоящий период более 70% оперативных вмешательств производят в учреждениях шести железных дорог из шестнадцати существующих), так и в плане расширения перечня операций по локализации. Значительно шире можно использовать возможности наиболее крупных и оснащённых дорожных клинических больниц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Дневные стационары (стационарозамещающие формы организации оказания медицинской помощи населению). Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс, 2000. — 96 с.
2. Марков А.А., Галь И.Г., Давыдов Е.Н. Внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторную урологическую службу // *Зам. глав. врача.* — 2010. — №8. — С. 12-13.
3. Медик В.А., Токмачев М.С., Фицман Б.Б. Статистика в медицине и биологии. — М.: Медицина, 2001. — Т. 2. — С. 214-221.
4. Щепин В.О., Миргородская О.В. Организация и оказание амбулаторной хирургической медицинской помощи населению Российской Федерации // *Вопр. социал. гиг., орг. здрав. и ист. мед.* — 2012. — №2. — С. 11-16.
5. Щепин О.П., Какорина Е.П., Флек В.О. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. — М.: МЦФЭР, 2006. — С. 225-240.

УДК 578.828.6: 614.1: 616.98-054-036.8: 616-036.22 (470.41)

Н03

ЭТНИЧЕСКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, УМЕРШИХ В 2009–2010 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Александра Геннадьевна Шарипова*, Ильдар Галиевич Закиров,
Анас Анварович Гильманов

Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Оценка этническо-эпидемиологических характеристик инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) пациентов, умерших в Республики Татарстан, для оптимизации мероприятий по увеличению продолжительности их жизни.

Методы. Проанализированы случаи смерти ВИЧ-инфицированных. В зависимости от этнической принадлежности они были поделены на две группы: первая группа — русской национальности (276 человек, 71,1%), вторая группа — татарской (112 человек, 28,9%).

Результаты. Смертность от ВИЧ-инфекции у пациентов первой группы в 3,2 раза превышала таковую во второй группе (соответственно 18,4 и 5,6 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$). Умершие ВИЧ-инфицированные русской (79,0%) и татарской (62,5%) национальности в основном заражались при потреблении инъекционных наркотиков. Высокий показатель смертности был зарегистрирован у ВИЧ-инфицированных мужского пола моложе 40 лет, проживающих в городской местности, и был связан с наличием у них туберкулёза, заболеваний лёгких и сердечно-сосудистой системы. Средняя продолжительность болезни после установления диагноза в первой и второй группах была практически одинаковой (5,2±0,3 и 5,1±0,4 года соответственно). Наименьшая продолжительность болезни связана с женским полом, возрастом старше 50 лет, заражением половым путём, сопутствующими заболеваниями.

Вывод. Смертность среди ВИЧ-инфицированных в Республике Татарстан у пациентов русской национальности выше, чем татарской; продолжительность болезни ВИЧ-инфицированных не имеет существенной связи с их принадлежностью к этнической группе.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, смертность, причины смерти.

ETHNIC AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS DIED IN 2009–2010 IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN *Sharipova A.G., Zakirov I.G., Gilmanov A.A. Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* **Aim.** The research goal was to evaluate the ethnical and epidemiological characteristics of the deceased HIV-infected patients in the Republic of Tatarstan. **Methods.** Causes of death among HIV-infected patients were analyzed. Depending on ethnicity they were divided into two groups: group 1 (n=276, 71.1%) – Russian nationality, group 2 (n=112, 28.9%) – Tatar nationality. **Results.** Mortality of HIV-infected persons of group 1 was 3.2 times higher than among patients of group 2 (18.4 and 5.6 per 100 000 respectively, $p < 0.001$). In both groups majority of patients (79.0 and 62.5% in 1 and 2 groups) were infected through drug injections. Highest mortality rate was observed in HIV-infected males younger than 40 years who lived in urban areas and was associated with tuberculosis, lung and cardiovascular diseases. The mean disease duration after diagnosis in the 1st and 2nd groups was similar (5.2 ± 0.3 and 5.1 ± 0.4 years, respectively). Shorter survival period was observed in females, older than 50 years, persons infected through sexual contact and patients with comorbidities. **Conclusion.** In the Republic of Tatarstan mortality among HIV-infected persons of Russian nationality was higher than in a group with Tatar nationality. Disease duration of HIV-infected persons had no association with their ethnic group.

Keywords: HIV, mortality, causes of death.

Одна из важнейших проблем здравоохранения – инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), что связано с продолжающимся ростом заболеваемости и высоким уровнем смертности. Данные проведённых исследований свидетельствуют о том, что заболеваемость и её исходы могут быть связаны с принадлежностью к той или иной расовой или этнической группе [1–3].

Цель исследования – оценка этническо-эпидемиологических характеристик ВИЧ-инфицированных, умерших в Республике Татарстан.

В Республике Татарстан проживают несколько этнических групп населения, но наиболее многочисленны две из них: татарская (2 012 571 человек, 53,15%) и русская (1 501 369 человек, 39,65%). Мы проанализировали 388 карт эпидемиологического обследования очага и амбулаторных карт ВИЧ-инфицированных, умерших в 2009–2010 гг. Проанализированные случаи смерти ВИЧ-инфицированных в зависимости от этнической принадлежности были поделены на две группы: первая группа – русской националь-

ности (276 человек, 71,1%), вторая группа – татарской (112 человек, 28,9%).

Оценку данных проводили с использованием методов медицинской статистики. Был рассчитан показатель смертности (на 100 тыс. населения) от ВИЧ-инфекции в русской и татарской этнических группах и показатели смертности в отдельных половых, возрастных и других социальных группах населения. Для расчёта средней продолжительности болезни использовали методику расчёта взвешенной средней арифметической. Оценку достоверности разности результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Для расчётов использовали данные переписи населения 2010 г. [4].

Смертность у пациентов первой группы в 3,2 раза превышала таковую во второй группе (соответственно 18,4 и 5,6 на 100 тыс. населения, $t=10,6$, $p < 0,001$).

Половой состав умерших ВИЧ-инфицированных во второй группе в отличие от первой характеризовался более высокой долей мужчин (85,7 против 73,2%, $p < 0,05$).

Смертность в первой группе была статисти-

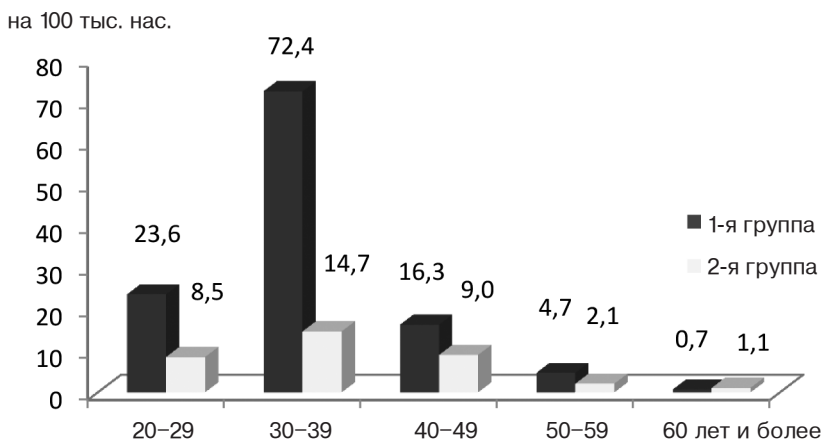


Рис. 1. Смертность ВИЧ-инфицированных в разных возрастных группах населения в зависимости от этнической принадлежности на территории Республики Татарстан за 2009–2010 гг.

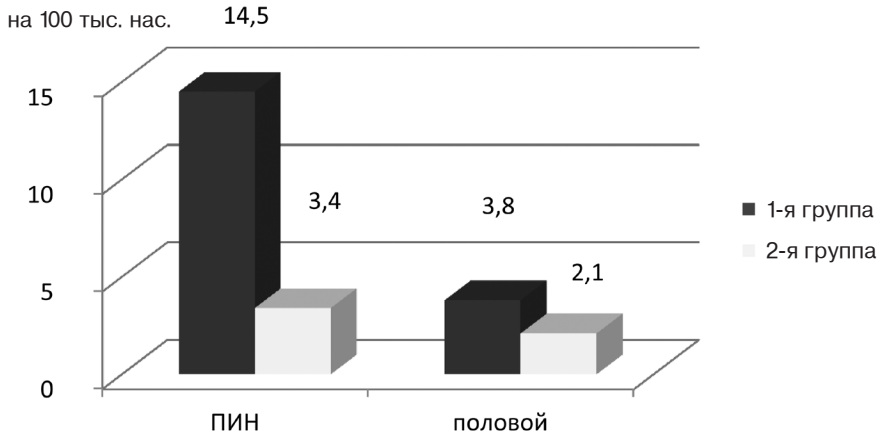


Рис. 2. Смертность ВИЧ-инфицированных в зависимости от путей инфицирования в основных этнических группах на территории Республики Татарстан за 2009–2010 гг.; ПИН – потребители инъекционных наркотиков.

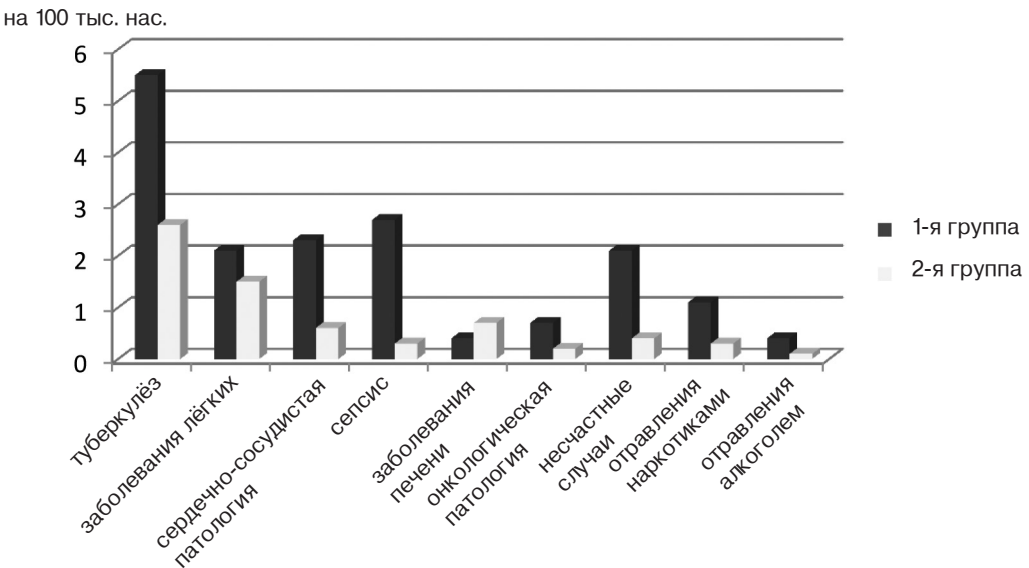


Рис. 3. Смертность ВИЧ-инфицированных в анализируемых этнических группах в зависимости от причины смерти на территории Республики Татарстан за 2009–2010 гг.

чески значимо выше, чем во второй, среди пациентов как мужского (15,9 против 4,1 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$), так и женского (2,5 против 1,4 на 100 тыс. населения, $p < 0,05$) пола.

Существенные различия в уровне смертности среди ВИЧ-инфицированных первой и второй групп (рис. 1) были установлены в возрастных группах 20–29 лет (23,6 против 8,5 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$), 30–39 лет (72,4 против 14,7 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$) и 40–49 лет (16,3 против 9,0 на 100 тыс. населения, $p < 0,05$).

Изучение структуры путей передачи заболевания в изучаемых группах показало, что доля потребителей инъекционных наркотиков среди умерших ВИЧ-инфицированных первой группы достоверно превышает таковую среди умерших второй группы (79,0 против 62,5%, $p < 0,05$). В то же время у пациентов второй группы половой

путь передачи ВИЧ зарегистрирован в 1,8 раза чаще, чем в первой группе (21,0 против 37,5%, $p < 0,05$).

Высокая смертность ВИЧ-инфицированных (рис. 2) регистрировалась у лиц русской национальности, потреблявших инъекционные наркотики (14,5 против 3,4 на 100 тыс. населения, $p < 0,05$).

Смертность у пациентов первой и второй групп (рис. 3) статистически значимо отличалась в подгруппах больных, умерших от туберкулёза (5,5 против 2,6 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$), заболеваний сердечно-сосудистой системы (2,3 против 0,6 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$), сепсиса (2,7 против 0,3 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$), онкологических заболеваний (0,7 против 0,2 на 100 тыс. населения, $p < 0,05$), несчастных случаев (2,1 против 0,4 на 100 тыс.

Таблица 1

Средняя продолжительность болезни у ВИЧ-инфицированных в зависимости от национальности и половой принадлежности в Республике Татарстан за 2009–2010 гг. (годы)

	Мужчины	Женщины	t	p
Первая группа	5,5±0,27	3,8±0,26	4,54	<0,001
Вторая группа	5,5±0,26	4,0±0,27	4,0	<0,001

Таблица 2

Средняя продолжительность заболевания (годы) в анализируемых этнических группах умерших ВИЧ-инфицированных в Республике Татарстан за 2009–2010 гг. в зависимости от путей инфицирования

	Потребители инъекционных наркотиков	Половой путь инфицирования	t	p
Первая группа	5,7±0,28	3,3±0,2	6,97	<0,001
Вторая группа	5,5±0,29	3,8±0,25	4,44	<0,001

населения, $p < 0,001$) и отравлений наркотическими веществами (1,1 против 0,3 на 100 тыс. населения, $p < 0,01$).

Смертность ВИЧ-инфицированных была наиболее высокой у пациентов, проживающих в городской местности, особенно среди представителей первой группы (5,2 против 4,0 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$).

Таким образом, смертность заражённых ВИЧ-инфекцией в Республике Татарстан среди лиц русской национальности выше, чем среди татарской. Большая часть умерших ВИЧ-инфицированных русской национальности были инфицированы ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков, а татарской национальности – при половых контактах. Смертность ВИЧ-инфицированных

ассоциирована с возрастом моложе 40 лет, мужским полом, проживанием в городских населённых пунктах и пребыванием; основными причинами их смерти стали туберкулёз, заболевания лёгких и сердечно-сосудистой системы.

Длительность заболевания в зависимости от национальной принадлежности существенно не различалась. Средняя продолжительность болезни после установления диагноза «ВИЧ-инфекция» в первой и второй группах была практически одинаковой (5,2±0,3 и 5,1±0,4 года соответственно). Однако присутствовали достоверные различия в продолжительности болезни в зависимости от половой принадлежности (табл. 1).

Средняя продолжительность болезни в основных этнических группах умерших ВИЧ-инфицированных зависела от возраста (рис. 4).

Различия средней продолжительности болезни в первой и второй группах выявлены в основном у умерших в возрасте 30–39 лет ($p < 0,05$) и 50–59 лет ($p < 0,05$).

Средняя продолжительность болезни существенно различалась у пациентов, заразившихся половым путём и при потреблении инъекционных наркотиков, и не зависела от принадлежности к этнической группе (табл. 2).

Средняя продолжительность заболевания у ВИЧ-инфицированных, заразившихся половым путём, была соответственно в 1,7 и 1,4 раза меньше, чем у инфицированных при потреблении наркотических веществ (для первой и второй групп соответственно).

Продолжительность болезни у ВИЧ-инфицированных зависела от основной причины их смерти (рис. 5).

Так, существенные различия в средней продолжительности болезни в первой и второй группах обнаружены в случае указания как основной причины смерти заболеваний сердечно-сосудистой системы (4,5±0,29 против 7,4±0,29 года, $p < 0,001$), сепсиса (5,6±0,24 против 1,8±0,25 года, $p < 0,001$), заболеваний печени (5,3±0,26 против 6,8±0,28 года, $p < 0,001$) и онкологических процес-

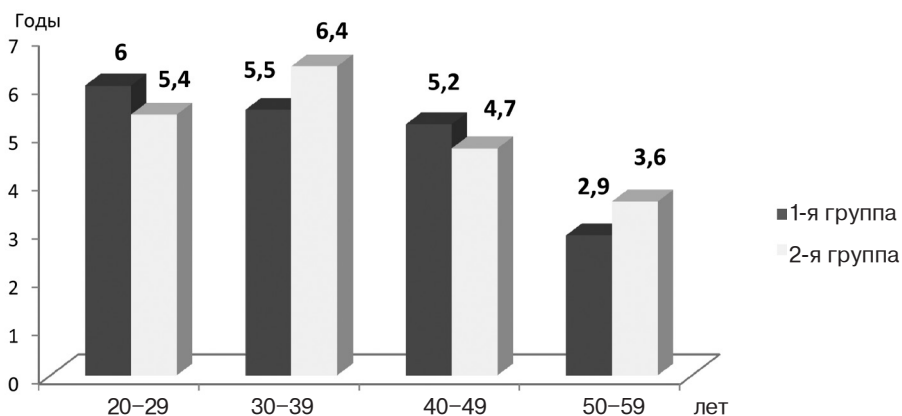


Рис. 4. Средняя продолжительность болезни (годы) в различных возрастных группах умерших ВИЧ-инфицированных в анализируемых этнических группах на территории Республики Татарстан за 2009–2010 гг.

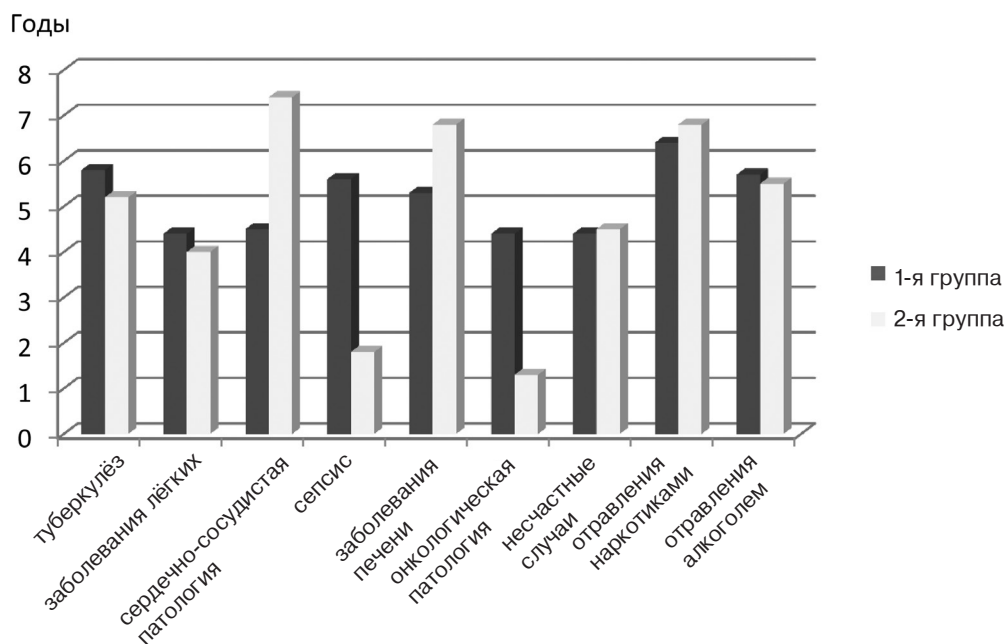


Рис. 5. Средняя продолжительность заболевания (годы) в анализируемых этнических группах умерших ВИЧ-инфицированных в зависимости от структуры причин смерти на территории Республики Татарстан за 2009–2010 гг.

сов ($4,54 \pm 0,2$ против $1,43 \pm 0,08$ года, $p < 0,001$).

Урбанистическая характеристика ВИЧ-инфицированных, умерших в 2009–2010 гг., показала, что во второй группе средняя продолжительность болезни выше у пациентов, проживавших в городской местности ($5,5 \pm 0,27$ года), в сравнении с проживавшими в сельской местности ($4,2 \pm 0,3$ года, $p < 0,001$), что, вероятно, связано с особенностями оказания квалифицированной медицинской помощи. В то же время данные различия в первой группе оказались незначительными.

Средняя продолжительность заболевания у пациентов первой группы, находившихся в местах лишения свободы, была выше, чем у таковых второй группы ($7,0 \pm 0,2$ против $5,3 \pm 0,3$ года, $p < 0,001$). Среди несудимых из первой и второй групп различия были незначительными.

Таким образом, по нашим данным, продолжительность болезни у ВИЧ-инфицированных не связана с принадлежностью к этнической группе, а зависит от пола, возраста, пути заражения, нахождения в местах лишения свободы.

ВЫВОДЫ

1. Смертность среди ВИЧ-инфицированных в Республике Татарстан у представителей русской национальности выше, чем татарской.

2. Основным путём заражения среди ВИЧ-позитивных, умерших в Республике Татарстан,

русской (77,0%) и татарской (62,2%) национальности было потребление инъекционных наркотиков.

3. Наиболее высокий показатель смертности у ВИЧ-инфицированных ассоциируется с мужским полом, проживанием в городской местности, возрастом моложе 40 лет, наличием туберкулёза, заболеваний лёгких и сердечно-сосудистой системы.

4. Продолжительность заболевания ВИЧ-инфицированных в Республике Татарстан не имеет существенной связи с их принадлежностью к этнической группе.

5. Наиболее низкая продолжительность болезни связана с женским полом, возрастом старше 50 лет, заражением половым путём и сопутствующими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Michael F.C., Matthew T.K., Eugene C. Ethnicity in the United States. Impact of socioeconomic status // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 1998. — Vol. 157. — P. 1016–1020.

2. Stephen K.E., Caroline M.T., Allan L.B. Incidence of Parkinson's disease: variation by age, gender, and race/ethnicity // *Am. J. Epidemiol.* — 2003. — Vol. 157, N 11. — P. 1015–1022.

3. White R.H., Keenan C.R. Effects of race and ethnicity on the incidence of venous thromboembolism // *Thromb. Res.* — 2009. — Vol. 123. — P. 11–17.

4. <http://www.prerepis-2010.ru/> Портал «Всероссийская перепись населения 2010 года» (дата обращения: 23.10.2012).