

Социально значимые инфекции среди коренных народов Севера

ЗАГДЫН З.М.

ФГБУ «Санкт-Петербургский
НИИ Фтизиопульмонологии»
Минздрава России,

14 ноября, 2019





ВОЗ

Туберкулез в мире



Расчетное число
случаев

Расчетное число
смертей

Все формы ТБ

10.0 миллионов

140 на 100,000

- 1.1 миллион детей
- 3.2 миллиона женщин
- 5.7 миллионов мужчин

1.5 миллионов*

- 251,000 у детей
- 600,000 у женщин
- 1,100,000 у мужчин

ТБ, ассоциированный с
ВИЧ

1.0 миллион (10%)

251,000 (17%)

МЛУ-ТБ

484,000 (5%)

240,000 (14%)

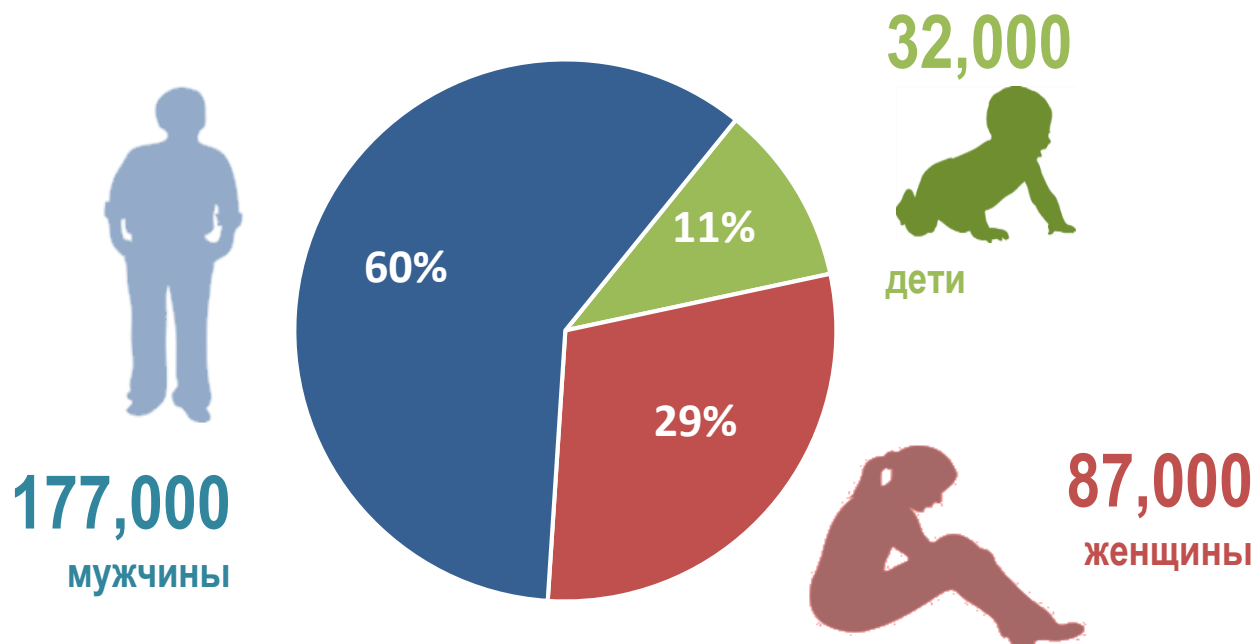
* В том числе смерти, приписываемые ВИЧ / ТБ

**Основные проблемы
эффективной борьбы с
туберкулезом в мире и РФ**

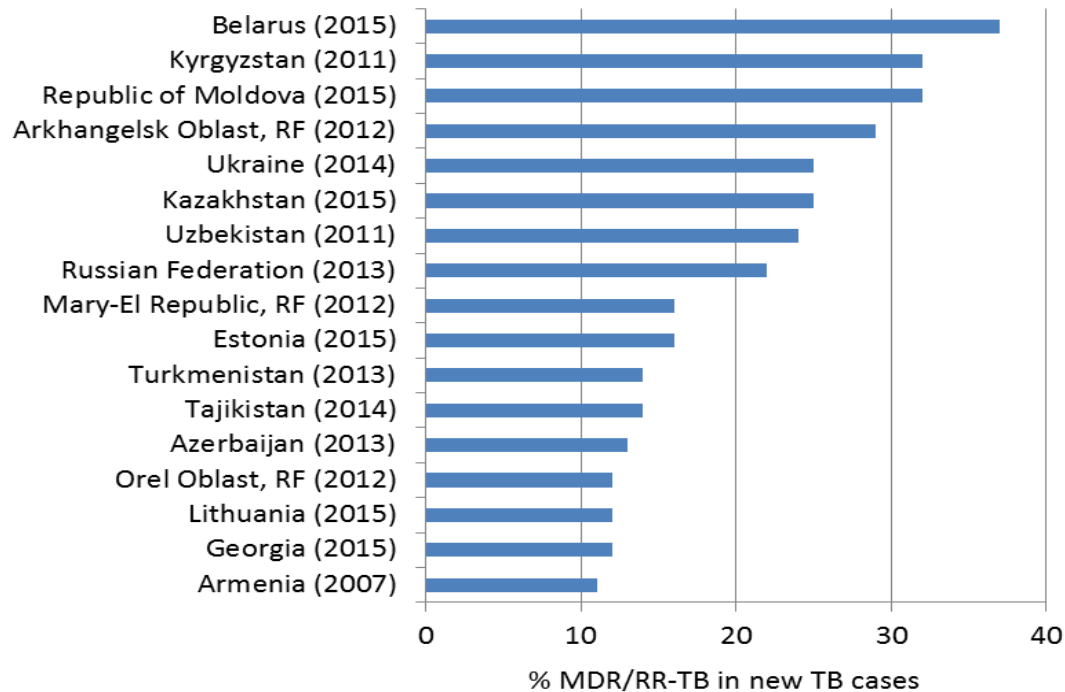
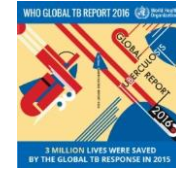
ТБ/ВИЧ

МЛУ/ШЛУ ТБ

Кто болеет туберкулезом?



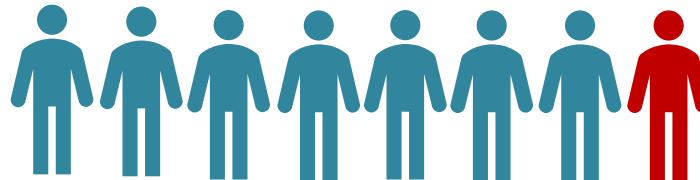
The highest % of MDR/RR- TB in new TB cases in the world



1 in **8**

new TB patients notified in the Region in 2016

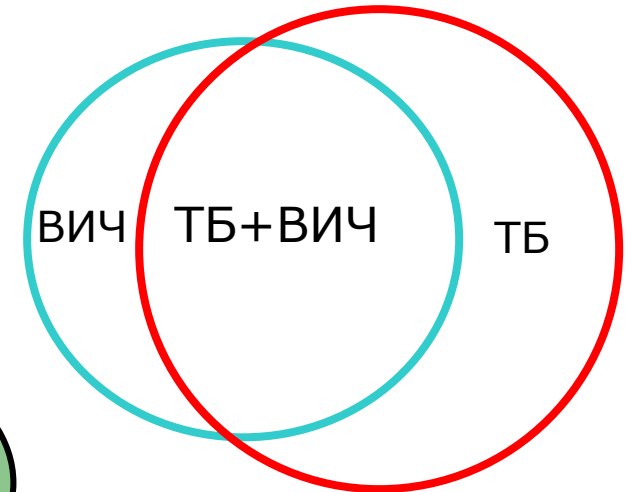
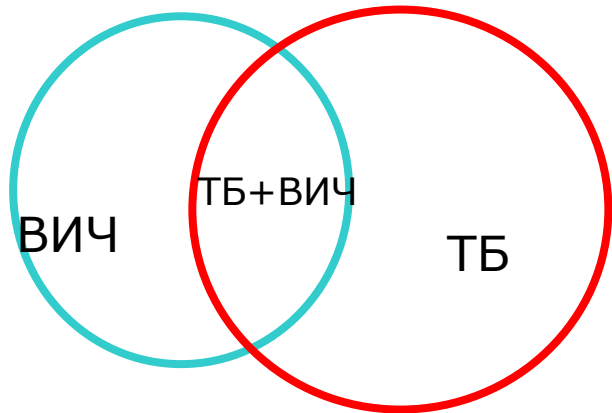
was **HIV positive**



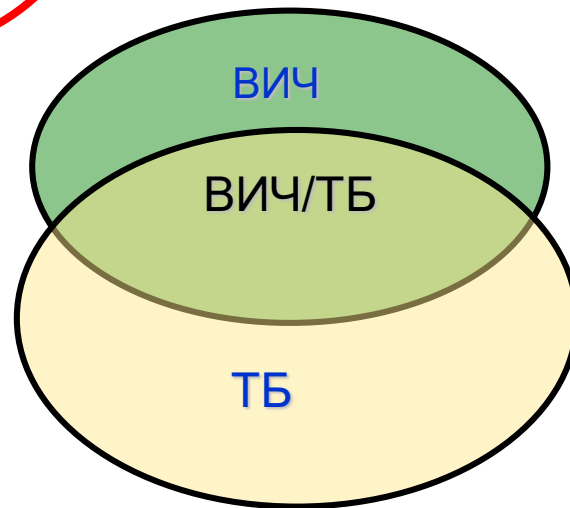
Наслоение туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди двух популяций

Богатые Европейские страны

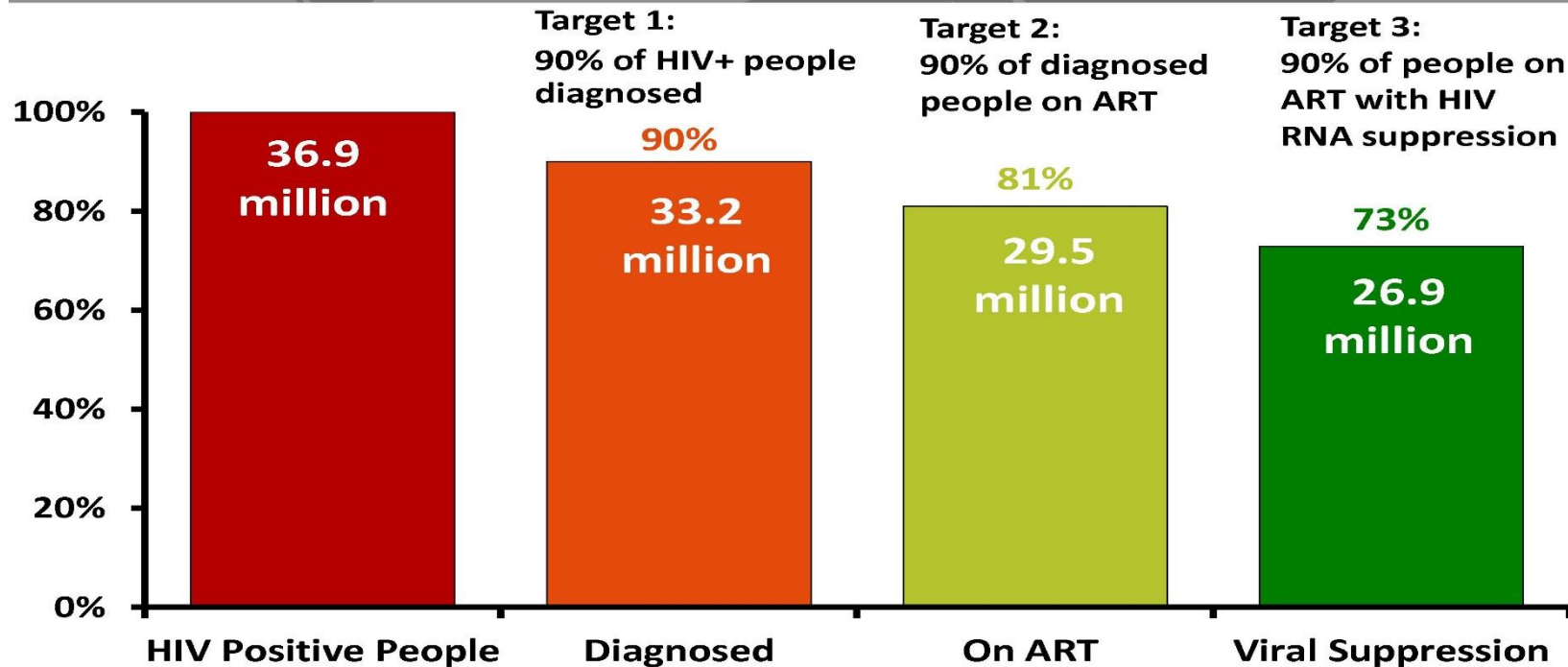
Страны ЮА



В мире



UNAIDS 90-90-90: HIV Treatment Targets for 2020 with Global Estimates (2014)



Ref: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014; JC2684 (Numbers as of March 2015) How Aids Changed Everything. Fact Sheet. UNAIDS 2015. MDG 6: 15 YEARS, 15 LESSONS OF HOPE FROM THE AIDS RESPONSE July 2015.

www.ias2015.org

*Yvonne Gilleece
Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust*



The End TB Strategy: Vision, Targets and Pillars



Vision:

A world free of TB

Zero TB deaths, Zero TB disease, and Zero TB suffering

Goal:

End the Global TB epidemic

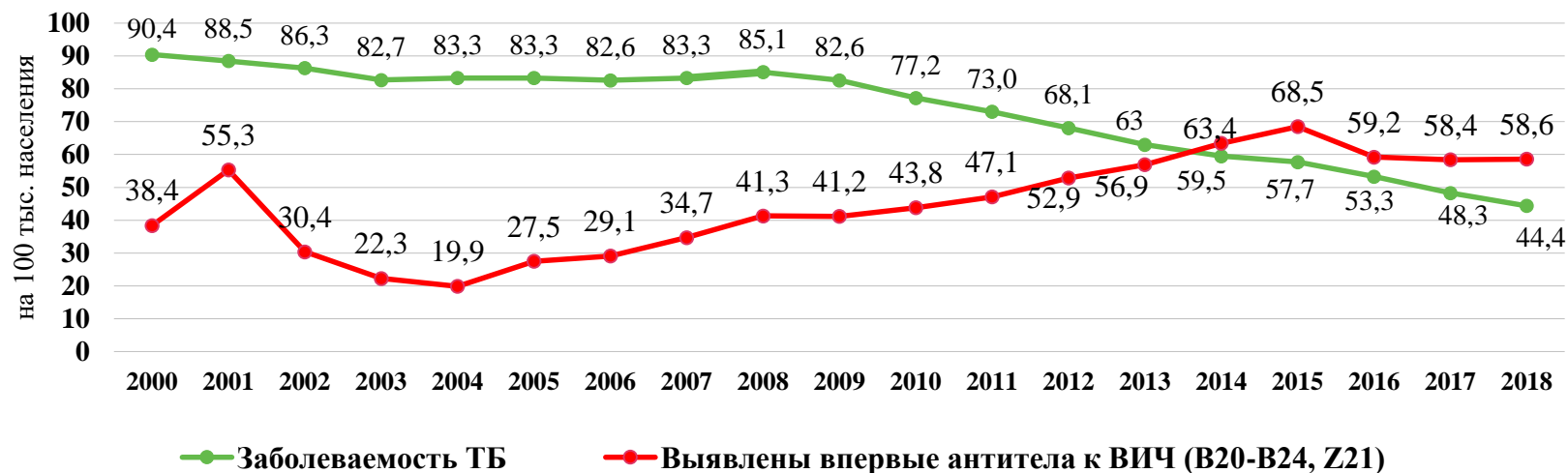


TARGETS

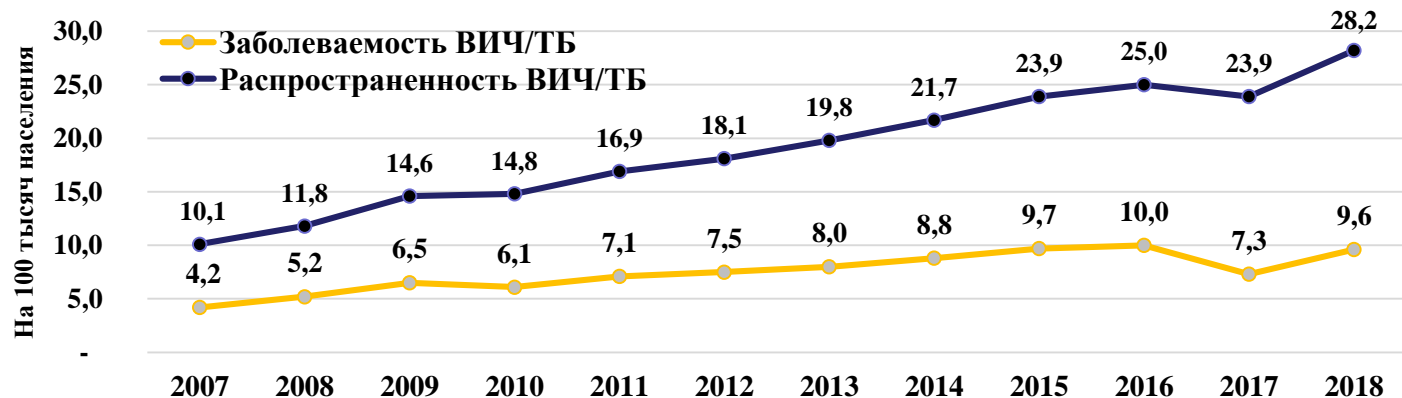
	MILESTONES		SDG*	END TB
	2020	2025	2030	2035
Reduction in number of TB deaths <small>compared with 2015 (%)</small>	35%	75%	90%	95%
Reduction in TB incidence rate <small>compared with 2015 (%)</small>	20%	50%	80%	90%
TB-affected families facing catastrophic costs due to TB (%)	0%	0%	0%	0%



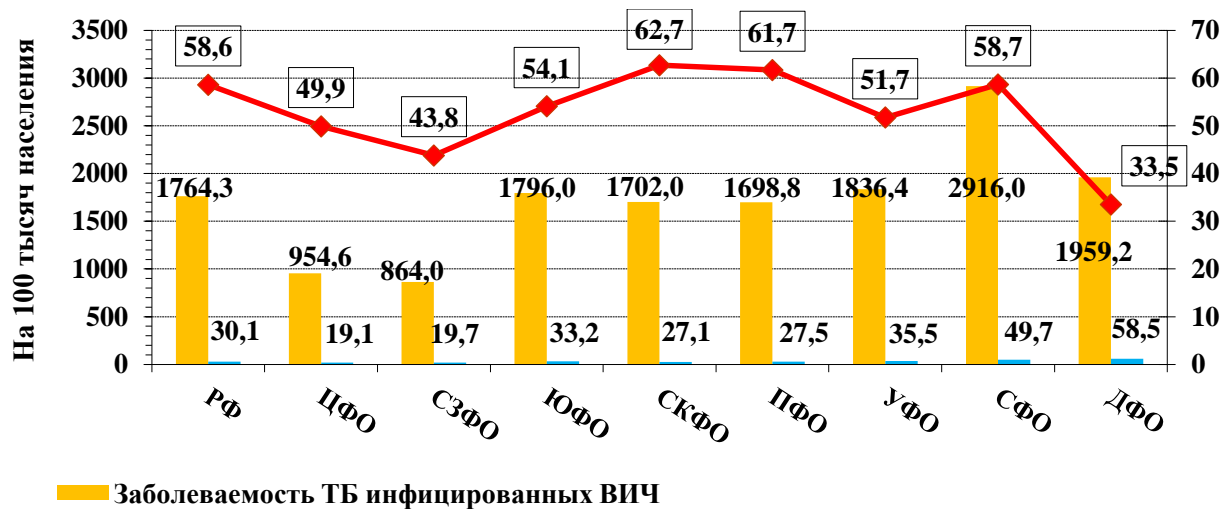
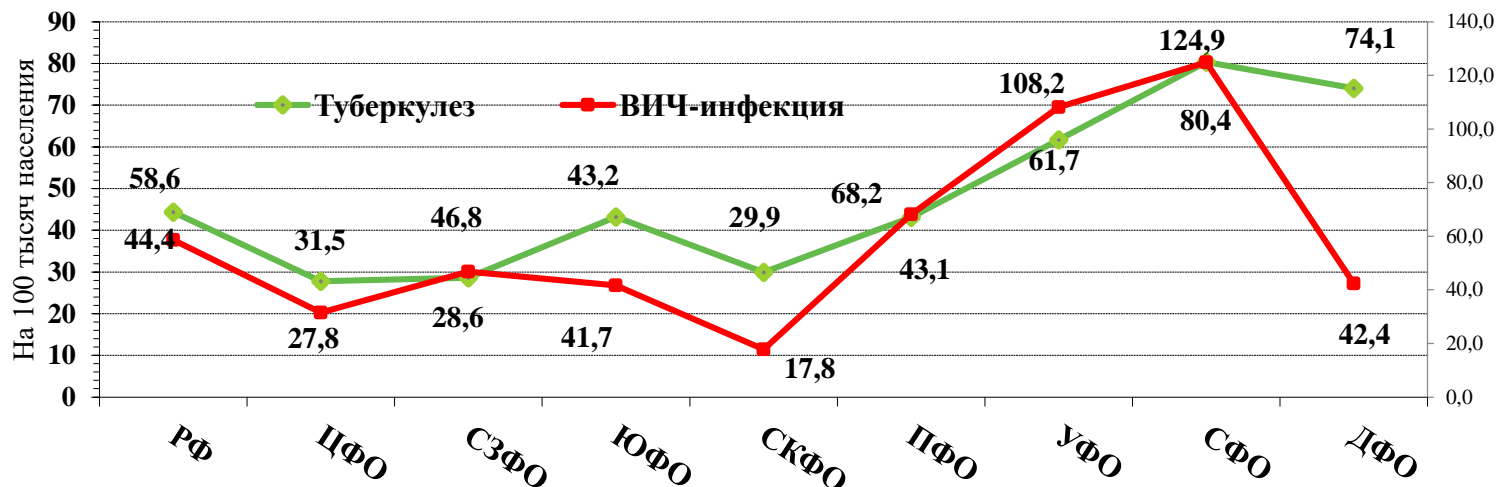
Заболееваемость туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в России (2000-2018 гг.)



Заболееваемость и распространенность ВИЧ/ТБ в России (2007-2018 гг.)

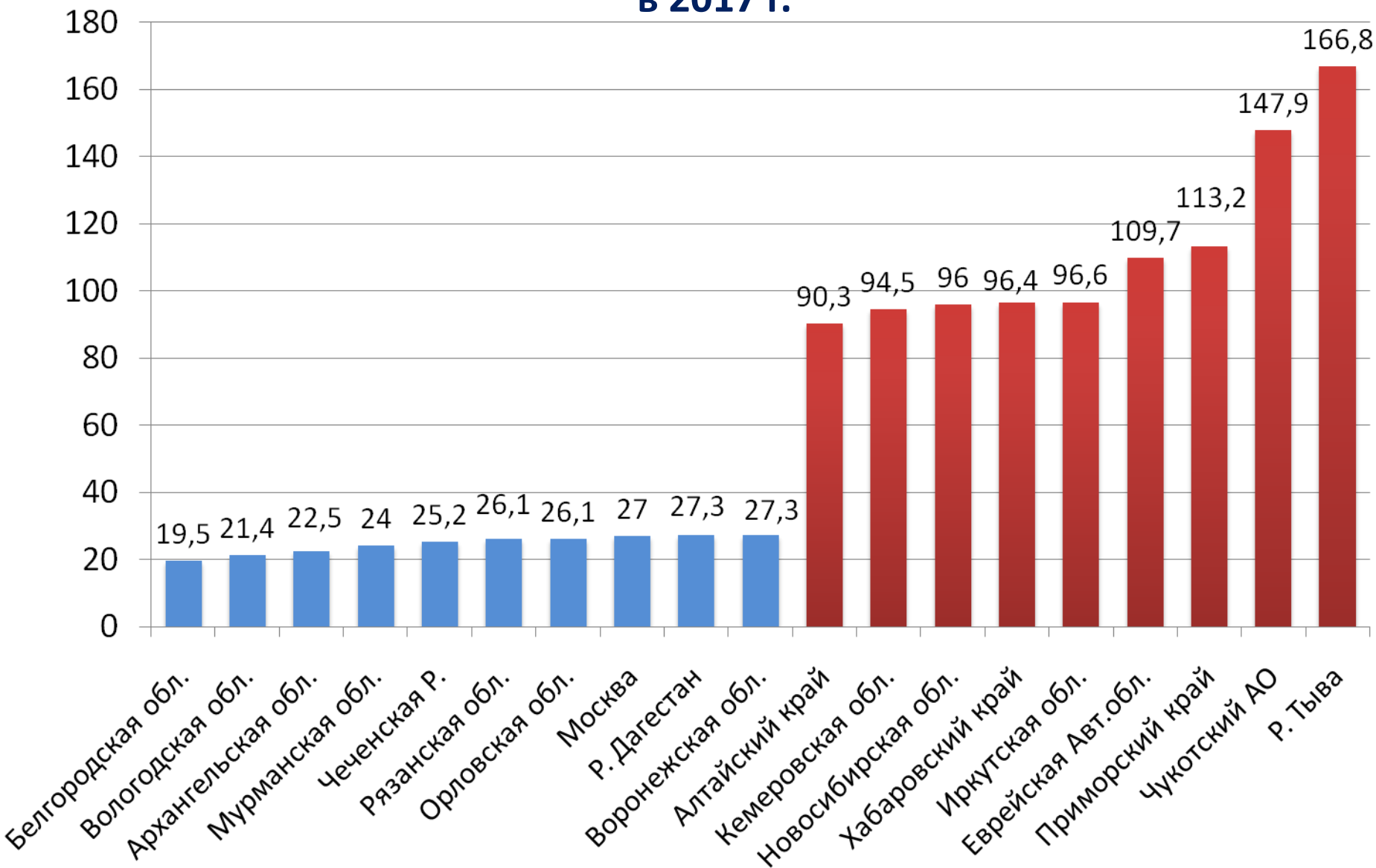


Заболеваемость ТБ и ВИЧ-инфекцией в ФО РФ в 2018 году



Заболеваемость ТБ ВИЧ-позитивного и ВИЧ-негативного населения в ФО РФ в 2018 году

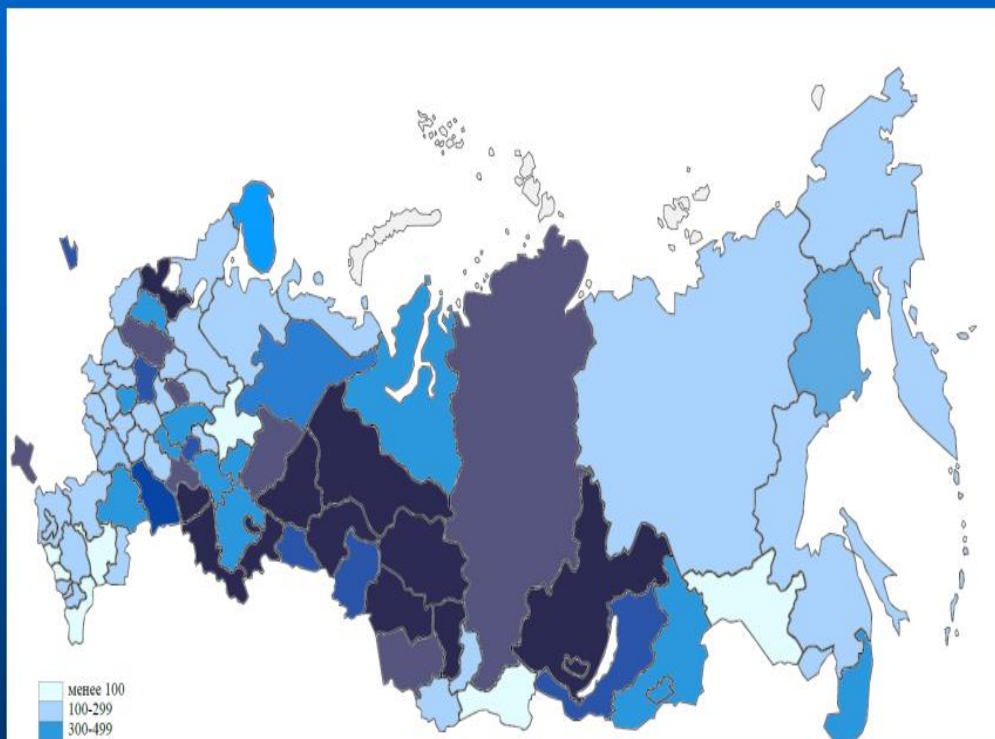
Субъекты с наименьшей и наибольшей заболеваемостью туберкулезом в 2017 г.



Пораженность населения ВИЧ-инфекцией в регионах РФ в 2017 году (ф. 61)



Количество больных, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в субъектах Российской Федерации на 100 000 населения на 31.12.2017 г.



49,5% населения страны в 2017 г. проживали в регионах с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (более 0,5% от численности населения):



По данным персонафицированного учета случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации

Ассоциация коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока (АКМНС - RAIPON)



ДАННЫЕ ВСЕРОССИЙСКОЙ ПЕРЕПИСИ 2010 ГОДА

КОРЕННЫЕ МАЛОЧИСЛЕННЫЕ НАРОДЫ СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РФ



Данные переписи коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, тыс. чел.



Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока России составляют 0,3% от всего населения РФ.

2010 г.

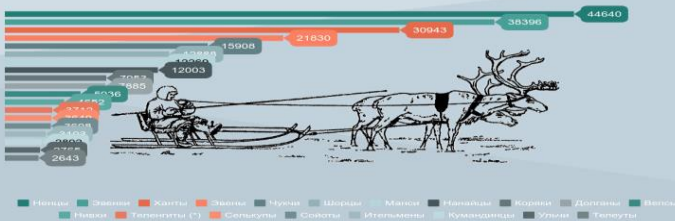


население России

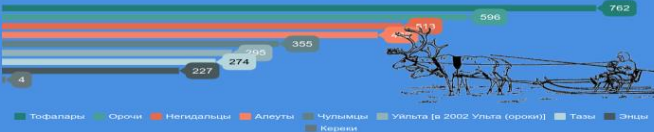
коренные малочисленные народы

4% населения (5,2 млн. человек) не указали своей национальности.

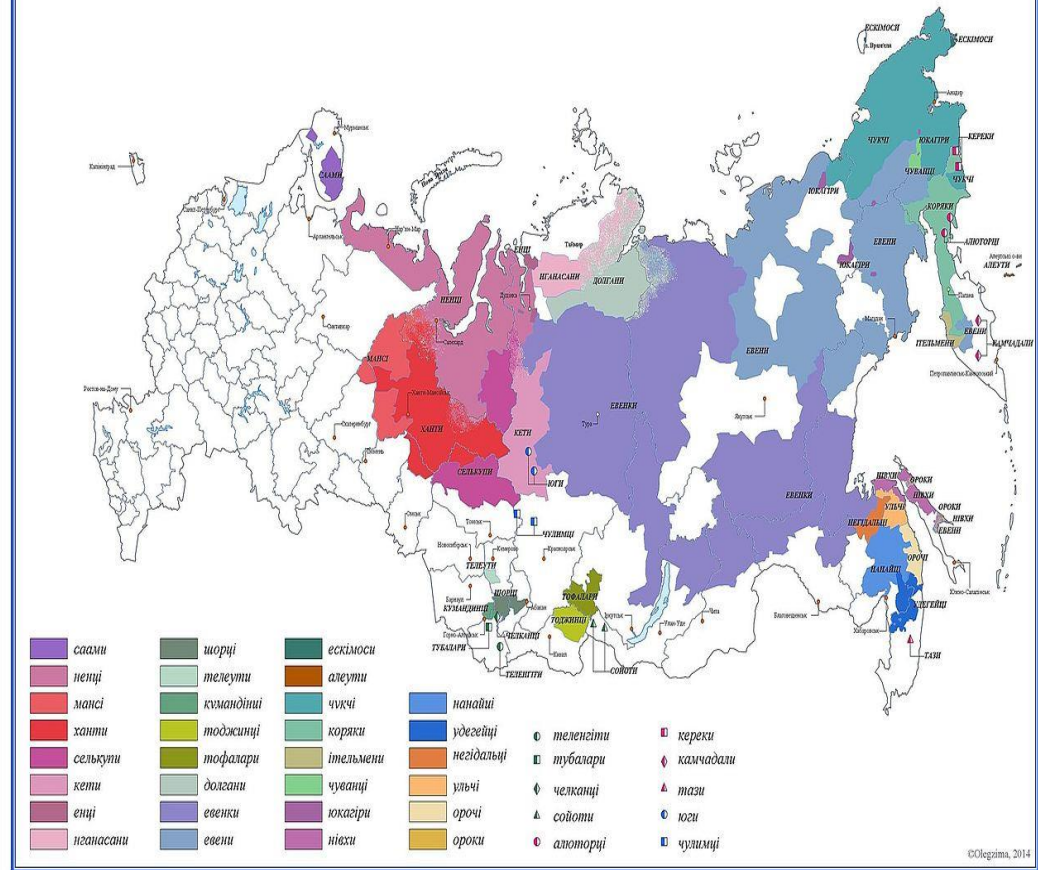
Коренные малочисленные народы, численностью свыше двух тыс. человек



Коренные малочисленные народы, численностью менее тысячи человек

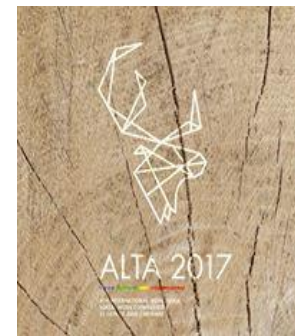


Сучасна територія проживання корінних нечисленних народів Півночі, Сибіру і Далекго Сходу Російської Федерації



40 этносов, относящихся к коренным малочисленным народам ССДВ России (2010), в 1920 – 26 этносов. Общее число ~ 257 895 - 0,3% от общего населения РФ (2010), в 1959 – 130 000 В мире – 300 млн человек, более чем в 90 странах

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology's impact in tackling TB burden in Far North of Russia



4th International
Indigenous
Voices in Social
Work Conference
Alta – 2017, Norway



St.Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology (Leningrad TB Research Institute) from to 1960th started to pay attention and study TB prevalence in the Far North of Russia. **Soon the Institute became as the Lieder in fighting of TB in this region in the whole country and was called "Northern TB Institute".** In 1973 at the Institute was established a department of "Epidemiology and organization in TB control support in the Far North Region of Russia" **with director Vasilev AV.*** The Institute developed and implemented a brigade survey method for those living in the Far North, which was as the best one of existed system. Over 10 years working in the Far North, significant results have been achieved resulting in all epidemiological indicators reduction, especially among children and adolescents.

*A.N. Grischko, 2013

Территории компактного проживания КМНС в зоне курации Ленинградского НИИ Туберкулеза (СПб НИИФ)



Ненецкий АО
Ямало-Ненецкий АО
Ханты-Мансийский АО
Чукотский АО
Мурманская область
Архангельская область
Республика Коми
Республика Карелия
Республика Саха (Якутия)

Районы Крайнего Севера – 11млн км² или
Почти 2/3 территории страны, проживают
около 30 представителей КМНС



История:

- XIX век и начало XX века – Приказная медицина
 - 1923 год – Архангельский ПТД
 - 1934 год – Окружной ПТД, объединяющий Ханты-Мансийский и Ямало - Ненецкий АО;
 - 1954 год – Окружной ПТД Ямало-Ненецкого АО;
 - 1948 год – Мурманский областной ПТД;
 - 1950 год – Якутский филиал института туберкулеза АМН СССР;
 - **1960 год** – ПТД в НАО, в настоящее время Окружной ПТД НАО;
 - **1967 год** – ХМАО – Югры ПТД, г. Сургут;
 - **1970-е** - Окружной ПТД в ЧАО (2002 году ликвидирован)
-
- **1973 год - Отдел в ЛНИИТ «Эпидемиология туберкулеза и организация противотуберкулезной помощи в районах Крайнего Севера»**

Под руководством ЛНИИТ создаются местные передвижные врачебные амбулатории, РГ отряды.

В 1986 году осмотрено коренного населения на туберкулез в:

- ❖ ХМАО - 78,5%;
- ❖ ЯНАО – 84,2%;
- ❖ Тюменской области – 82,3%



*История:

- В 1970-е годы риск заболевания туберкулезом среди коренных народов Крайнего Севера была в 3-4 раза выше, чем среди жителей центральных регионов РФ;
 - Инфицированность туберкулезом взрослого населения Чукотки и Якутии составляла до 91,4%;
 - Заболеваемость туберкулезом детей коренных жителей Крайнего Севера была в 8 раз выше, чем среди детей некоренного населения.
-
- В Чукотском АО в 1980-1990-е годы заболеваемость ТБ была в 2 раза меньше, чем в РФ (65,6 – 50,6);
 - В Якутии среди коренных народов заболеваемость ТБ снизилась с 454,9 в 1970 году до 134,1 в 1980 году и до 74,3 – в 1990 году



**Васильев А.В., 1978 -1999, Николаев В.П., Томашевский А.Ф., 2005, Степанов Н.С., 1973, Тырылгин М.А., 1989, Ягофарова Р.К., 1992, Голубева Т.М., 1993, Галкин В.Б., 1992*

Факторы риска и парадигмы:

Два основных, противоположных фактора:

- ❖ Эволюционно выработанные медико-биологические особенности организма
- ❖ Процесс модернизации:
 - ослабление связи с окружающей средой, урбанизация, рост миграции, глобализация, изменение экологии;
 - естественная генетическая трансформация важных характеристик здоровья:



- ✓ **специфичность метаболизма** (белково-липидный или «арктический» тип питания заменяется на белково-углеводный - синдром «навахо», СД, ССЗ);
- ✓ психо-эмоциональное составляющее: отсутствие эволюционно выработанных механизмов биосоциальной адаптации к условиям современной цивилизации (депрессия, суицид);
- ✓ **восприимчивость к наркотикам и алкоголю** (неадекватная реакция на популяционном уровне на изменение традиционного образа жизни, среды обитания и замедленный метаболизм этанола).
- ✓ устойчивость или восприимчивость к ряду заболеваний: повышенная восприимчивости к инфекционным заболеваниям, **снижение иммунитета (Т и В-лимфоциты у КМНС изначально низкие, лимфоцитопения, низкий уровень кортизола)**;
- ✓ «Технические» причины: суровые климато-географические условия, низкая плотность населения, номадизм, недостаточная медицинская помощь

Особенности туберкулеза у КМНС*

❖ Социально-демографические и эпидемиологические:

- Средний возраст – 31-40 лет, преобладают мужчины (в РФ – 41-55 лет). Общая продолжительность жизни КМНС в 10-20 раз ниже, чем в среднем в РФ;
- Не работающие - в 1,2 раза больше, чем некоренные пациенты;
- Около 90,0% - за чертой бедности и бедные;
- Малообразованы; с высшим образованием в 2 раза меньше;
- Многодетны – около 60,0%;
- Алкоголизм – более 70,0%, табакокурение - более 80, 0%;
- Тубконтакт – от 0,60% до 98,9% в том числе территориальный;
- Около 40,0% бактериовыделителей не соблюдают предписанный эпидрежим

❖ Клинические:

- Чаще по типу первичного туберкулеза с вовлечением лимфатической системы;
- Подостро и малосимптомно, респираторный синдром более выражен (возможно имеется связь с особенностями дыхания: вдох короче выдоха и большой ОО - защита от холодного воздуха);
- Течение вялое, выраженная ригидность легочной ткани, частые рецидивы;
- Склонность к деструкции, трансформации в ФКТ, низкая эффективность консервативного лечения;
- Бактериовыделение и ЛУ МБТ - более, чем у половины;
- Осложнения в 3 раза чаще – кровотечение, кровохарканье, пневмосклероз, эмфизема, ЛСН, амилоидоз

*Васильев А.В., 1998 -1999, Томашевский А.Ф., 2005, Степанов Н.С., 1973, Тырылгин М.А., 1989, Ягофарова Р.К., 1992, Голубева Т.М., 1993, Галкин В.Б., 1992, Гришко А.Н., Анисимов И.В., 1997, Денисов В.С., 1999, Винокуров И.И., 1997, Безруков А.Е., 2003, Шорохова И.И., 2014,

Клинический пример:

- М. 42 года.

- Анамнез жизни:

Не работает, инв. II гр, в браке, трое детей, живет в деревне, курит, употребляет алкоголь.

В детстве тубконтакт семейный, с отцом, болевшим туберкулезом,.

- Анамнез заболевания:

Впервые заболел туберкулезом в СА на втором месяце службы. Начало подострое: в августе 1995 года появились одышка при физической нагрузке, слабость, потливость, кашель с мокротой, позже - лихорадка до 38 С.

При обращении к врачу установлен инфильтративный туберкулез правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ (+), чувствительность к ПТП сохранена.

Лечение по I режиму с 28.09. 1994 года по по 15 сентября 1995 года в военном госпитале с положительным эффектом, демобилизован.

Наблюдается по месту жительства, 08 августа 2003 года перевод в III группу ДУ, в 2006 году снят с ДУ.

РГ от 29.09. 1994 г. –

Массивная неоднородная инфильтрация по всем легочным полям правого легкого с множественными полостями распада (0,3-2,5) в в/д. Слева в С1-2 – очаги отсева, полость распада – 2,5x2,0. Средостение – б/о.

РГ от 26.08. 1995 г.

Справа во всех легочных полях на фоне умеренного сетчатого пневмофиброза многочисленные плотные очаги. Слева в С 1-2 на фоне фиброзных и рубцовых тяжей единичные плотные очаги.

Клинический пример:

- В июле 2012 года жалобы на слабость, ночную потливость, кашель с мокротой. Установлен рецидив:
Ds.: Инфильтративный туберкулез н/д правого легкого в фазе распада (C₆) и обсеменения, МБТ (+), МЛУ (H, R, S, K от 09. 2012), ИБ (рецидив).

Соп. Хронический панкреатит (вне обострения)

Лечение по IV режиму в стационаре ПТД с 25 июля 2012 года по 13 июня 2013 года:

Z1,5, E1,2, PAS0,8 в/в, Cap1,0 в/в, Of1 0,8 в/в, Cs 0,75 .

Абациллирован (б/скопия и посевы (-) с 02. 2013 г.

14.03. 2013 года консультация фтизиохирурга:

продолжить консервативное лечение по IV режиму, повторная консультация через 3-4 месяца.

Лечение амбулаторно, отказ от госпитализации.

12 сентября 2013 года – 20 января 2014 года повторное поступление в стационар.

Лечение амбулаторно до следующей госпитализации.

Консультация фтизиохирурга от 29.09. 2013: Фиброзно-кавернозный туберкулез С6 правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ (+), МЛУ, ИБ (рецидив). Показано хирургическое лечение.

19.03. по 05.06 2014 года – повторная госпитализация:

МБТ (+) от 20.03. 2014, устойчивость к H, R, S, K, E, Of1, PAS



Клинический пример 1.

- ФБС от 28.04. 2014 года: двухсторонний деформирующий, атрофический эндобронхит 1 ст. воспаления. Ограниченный серозно-гнойный эндобронхит ПНДБ 2 ст. воспаления. Эндоскопические признаки туберкулеза ПНДБ, инфильтративная форма.
- Ds.: Фиброзно-кавернозный туберкулез С6 правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ(+). Туберкулез ПНДБ (инфильтративная форма), ШЛУ (H, R, S, K, E, OfI, PAS), IIА.

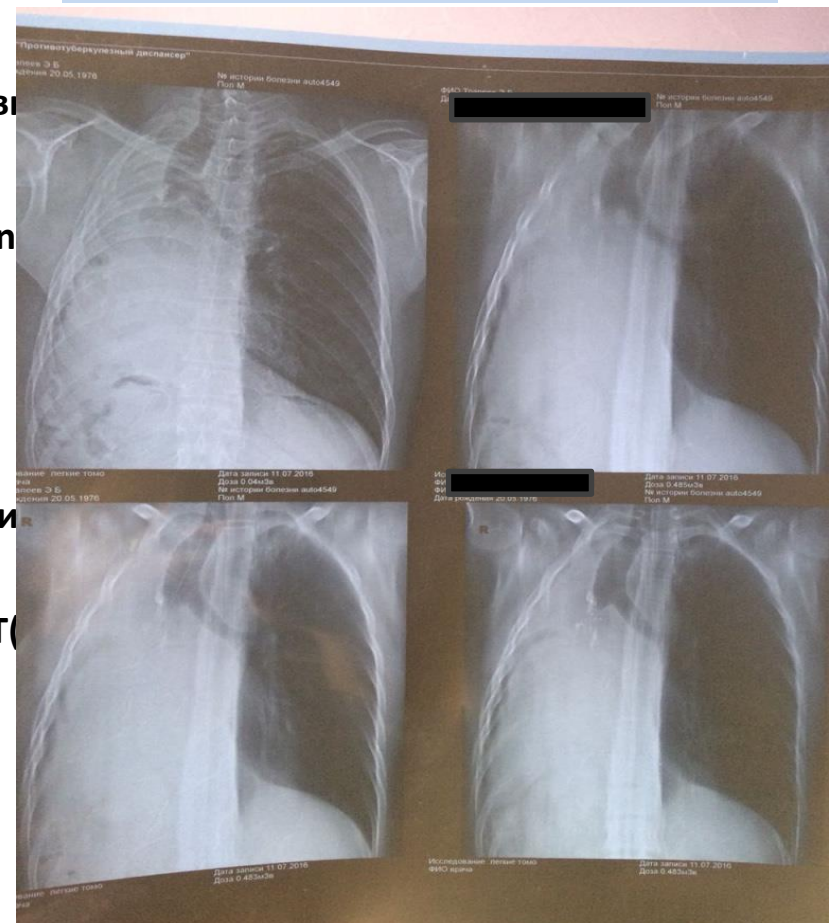
Лечение: режим индивидуальный – Cap 1,0, Cs 0,75, lin 1,5, PAS 9,0, бедаквилин 100,0 по схеме.

- 23.07. 2014 года – правосторонняя пульмонэктомия.
- С 03.04. 2016 года наблюдается по III группе ДУ.

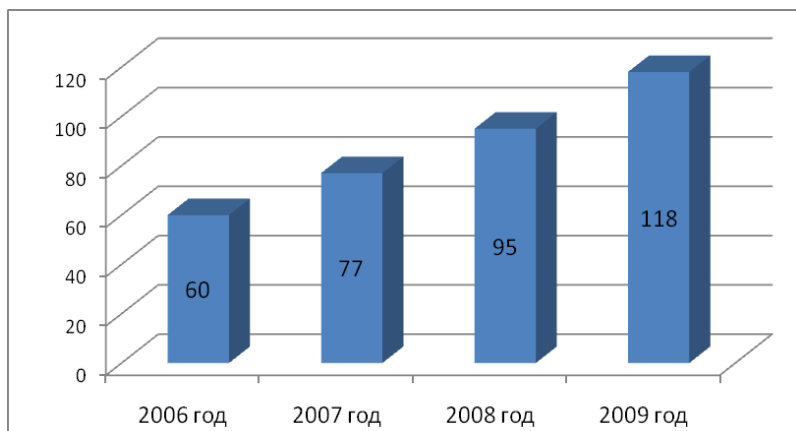
Ds.: Состояние после правосторонней пульмонэктомии 23.07. 2014 года по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации и обсеменения (рецидив), инфильтративного туберкулеза ПНДБ, МБТ(+) ШЛУ (H, R, S, K, E, OfI, Pt) III ДУ.

РГ 0.6.05. 2014 г. –

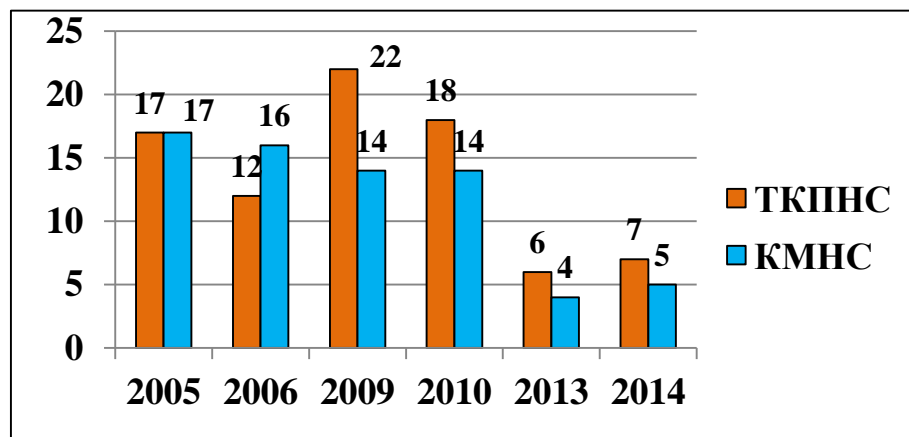
В С6 справа крупная полость с толстыми стенками, перифокальная инфильтрация, широкая дорожка к корню, очаги отсева в С1-2 справа



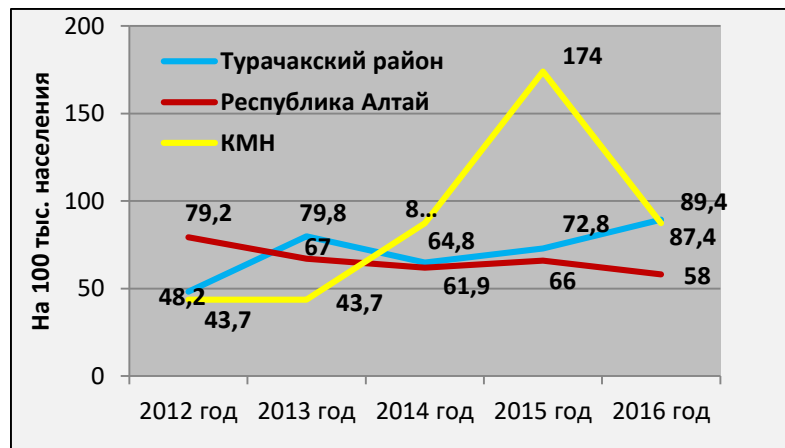
Туберкулез среди КМНС сегодня



Случаи туберкулеза среди КМНС в Ямало-Ненецком АО*



Случаи смерти от активного ТБ среди КМНС и среди лиц, живущих на территориях компактного проживания КМНС в ХМАО*



Заболеваемость туберкулезом среди КМНС республики Алтай**

Распространенность туберкулеза (2016 год, на 100 тысяч населения)	
Постоянное население	85,6
КМНС	6192,0

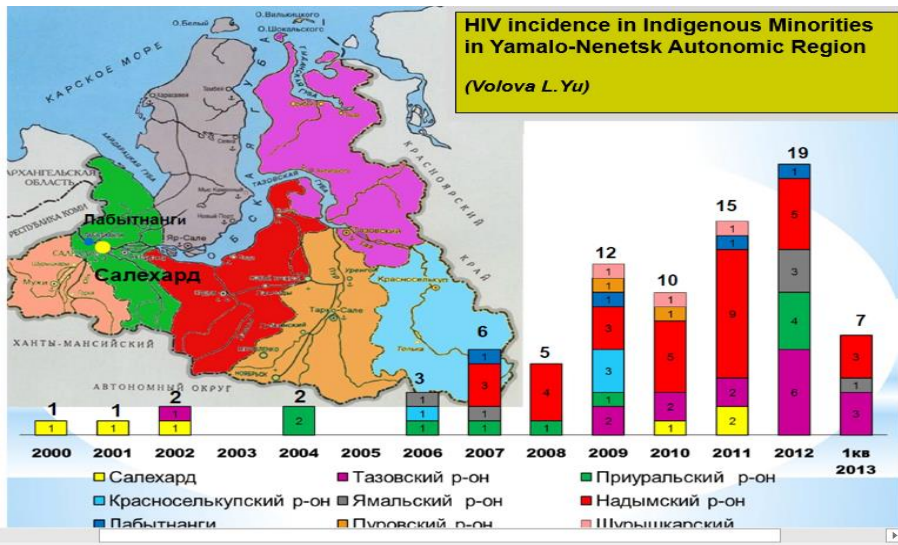
Распространенность ТБ среди постоянного населения и КМНС в Мурманской области***

*Владимиров А.В. **Итушева Л.А. ***Загдын З.М..

ВИЧ-инфекция среди КМНС сегодня

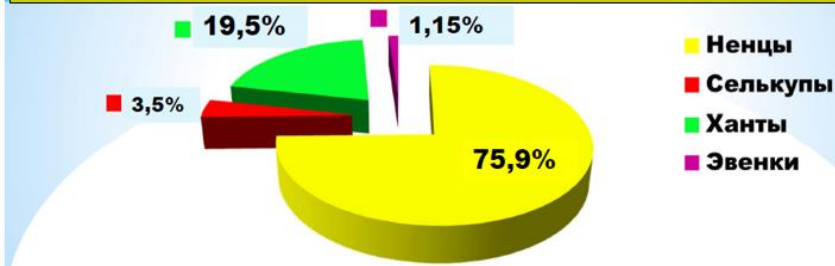
HIV incidence in Indigenous Minorities in Yamalo-Nenetsk Autonomous Region

(Volova L. Yu)



Ethnic structure of HIV-infected Indigenous People in Yamalo-Nenetsk Autonomous Region in 2013

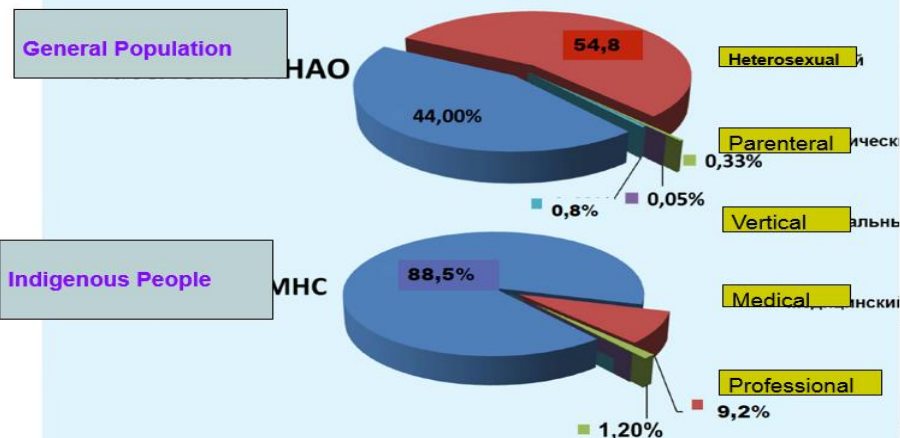
(Volova L. Yu)



ВИЧ-инфицированные КМНС (по национальностям)	Всего:	в т.ч. среди них			
		Ненцы	Селькупы	Ханты	Эвенки
Показатель распространенности ВИЧ на 100 тыс. населения	234,3 (абс 87 чел)	247,9 (абс 66 чел)	179,4 (абс 3 чел)	195,7 (абс 17 чел)	1754,4 (абс 1 чел)

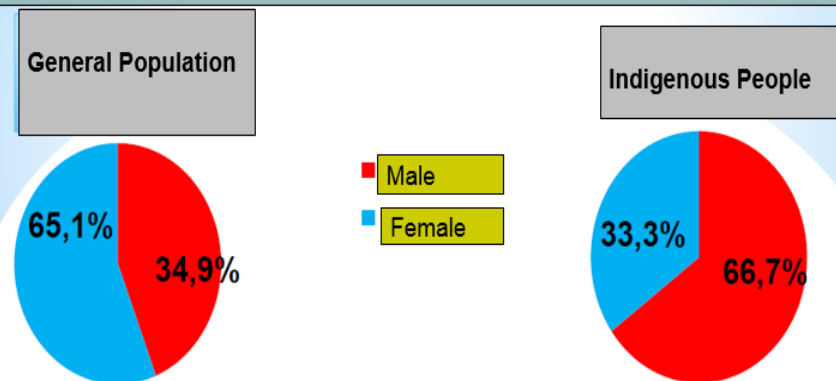
HIV transmission route in Yamalo-Nenetsk Region among general population and Indigenous People (2013)

(Volova L. Yu)



Gender Structure of HIV-infected People in Yamalo-Nenetsk Autonomous Region in 2013

(Volova L. Yu)



HIV-infection spreads among all of ethnic minorities, residing in Yamalo-Nenetsk Autonomous Region, firstly affects women, what is primarily related to the very high HIV incidence among those with shift work methods and migrants, which is determined HIV transmission into the Indigenous People

- **Summary:**
- **At the period of the HIV and HIV/TB epidemic grown with background of intensive urbanization, globalization and migration processes socially non-protected groups, including Northern indigenous minorities are becoming highly vulnerable**
- **Due to the ethno-cultural and ethno-psychological features, Northern ethnic groups have low adaptive capacity to rapidly changing environment and become susceptible to diseases, especially to communicative infections, which are reduced their life expectancy, increased mortality**
- **It needs to restore the separate statistical reporting on such of socially important diseases as tuberculosis, HIV-infection and HIV/TB among indigenous minorities**
- **Should be studied the level of the prevalence of mentioned diseases among indigenous peoples**
- **It is emergency to carry out preventive measures in socially determined infectious diseases among indigenous minorities taking into account their social, cultural, psychological and other features and implement measures to tackling them**

Перспективы:

- Распоряжение Правительства РФ от 25.08.2016 г. О плане мероприятий по реализации «Концепции устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации» на 2016-2025 годы (12-16 пункты по медицине):
- Поддержка развития дистанционной медицинской помощи в местах традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации 2017-2025 годы;
- Поддержка строительства и модернизации объектов здравоохранения ...;
- Создание телемедицинской системы и развитие сети удаленных пунктов телемедицины 2018-2025 годы;
- Принятие мер по пресечению незаконного оборота алкогольной продукции в местах традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации.



Во фтизиатрии:

- Включение в госзадание ряда противотуберкулезных организаций курирования территорий с компактным проживанием КМНС, **возрождение выездных бригад («вахтовый метод»);**
- Сотрудничество противотуберкулезных организаций приполярных территорий с международными организациями: ICS-TB, «Северный Форум» и пр.

Благодарю за внимание!

ФГБУ «Санкт-Петербургский
НИИ Фтизиопульмонологии»
Минздрава России 2018 год

