

тельное, рецидивирующее течение, а для инвазивных – тяжесть клинических проявлений и очень высокая летальность. Многие грибковые инфекции отличаются быстрым и агрессивным течением. Смертность от грибковых инфекций во всем мире сопоставима со смертностью от туберкулеза и малярии и составляет 1 350 000 больных в год [2, 3]. Поэтому организация LIFE (Leading international fungal education) выступила с инициативой рассчитать предварительные эпидемиологические показатели для микотических заболеваний во многих странах мира. Мы использовали модель расчета, предложенную LIFE (официальный сайт организации – www.LIFE-worldwide.org). Полученные предварительные данные помогают выявить распространенность основных тяжелых и хронических микотических заболеваний в Российской Федерации (РФ).

Цель данной работы – определение распространенности тяжелых и хронических микотических заболеваний в РФ. Ранее такую оценку не проводили.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно методике LIFE, расчет проводили по показателям 2011 года. Были изучены опубликованные результаты эпидемиологических исследований микозов в РФ. Если официальных данных не существовало, то мы определяли размеры конкретных групп риска развития грибковых инфекций, а затем, для оценки национальной распространенности и заболеваемости, использовали данные из научной литературы о частоте микозов у этих групп больных. Статистические данные о численности и составе населения РФ получали из Федеральной службы государственной статистики (<http://www.gks.ru/>).

Заболеваемость микозов волосистой части головы оценивали по данным Министерства здравоохранения РФ [4].

Число женщин репродуктивного возраста в РФ в 2011 г. составило 41 453 575. Количество больных хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом рассчитывали по данным международных эпидемиологических исследований, согласно которым это заболевание возникает у 5% женщин [5].

Число больных ВИЧ/СПИД в РФ оценивали по данным Министерства здравоохранения РФ [6]. По данным Smith E., Orholm M. (1990), Matee M.I. с соавт. (2000), орофарингеальный кандидоз выявляли у 90% ВИЧ-инфицированных больных, а кандидозный эзофагит – у 20%.

По результатам проведенных нами ранее исследований, частота кандидемии и кандидозного перитонита составила 0,37 на 1000 госпитализированных в стационар больных [7]. Общее количество пациентов в стационарах за год получили из доклада Роспотребнадзора по внутрибольничным инфекциям [8].

Распространенность гематологических заболеваний оценивали по данным Министерства здравоохранения РФ [9]. Риск возникновения инвазивного аспергиллеза (ИА) у пациентов с гематологическими

заболеваниями рассчитывали по данным российского регистра больных ИА, созданного в Санкт-Петербурге [10]. Количество трансплантаций органов и тканей в 2011 г. получали из данных Российского трансплантологического общества [11]. Частоту развития ИА у реципиентов трансплантатов гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) оценивали по результатам проведенного нами ранее исследования [12]. Общее количество случаев инвазивного аспергиллеза рассчитывали по формуле, предложенной Denning D.W.: 10% от количества больных острым миелоидным лейкозом + такое же количество больных без острого миелоидного лейкоза + 0,5% от количества больных с трансплантацией почки + 4% от количества больных с трансплантацией легких + 6% от количества больных с трансплантацией сердца + 4% от количества больных с трансплантацией печени + 1,3% от количества пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, госпитализированных в стационар.

Частоту развития мукороза в общей популяции рассчитывали, используя данные созданного в Санкт-Петербурге регистра и данные о распространенности острого миелоидного лейкоза Министерства здравоохранения РФ [9].

Общую заболеваемость туберкулезом оценивали по данным Министерства здравоохранения РФ [13]. Расчет возможных случаев хронического аспергиллеза легких (ХАЛ) проводили по формуле, предложенной Denning D.W. и соавт. [14]. Количество ежегодно возникающих случаев туберкулеза легких с наличием полостей ($\approx 12\%$ от общего количества) \times риск развития ХАЛ (22%) + число возникающих случаев туберкулеза без наличия полостей ($\approx 88\%$ от общей заболеваемости) \times риск возникновения ХАЛ у этих пациентов (2%).

Число пациентов с бронхиальной астмой (БА) получали из данных Российского респираторного общества [15]. Предполагаемое число больных аллергическим бронхолегочным аспергиллезом (АБЛА) рассчитывали по формуле, предложенной Denning D.W. и соавторами: 2,5% количества больных бронхиальной астмой + 15% взрослых больных муковисцидозом [16]. Для оценки больных тяжелой бронхиальной астмой с микогенной сенсibilизацией учитывали, что 10% пациентов с БА имеют тяжелое течение, из них 33% – микогенную сенсibilизацию [17].

Данные о заболеваемости муковисцидозом получали из Российского регистра больных муковисцидозом [18]. По данным Медико-генетического научного центра РАМН, взрослые составляют 21% от всех лиц, страдающих этим заболеванием [19].

Для расчета уровня заболеваемости криптококковым менингитом использовали результаты проведенного исследования в НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург). В 2011 г. криптококковый менингоэнцефалит развился у 0,44 больных ВИЧ-инфекцией [20]. Число случаев пневмоцистной пнев-