

УДК 616.89:616-036.8+314.4

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

О.В.Азовцева, Г.С.Архипов, Е.И.Архипова, А.В.Смирнов, В.Р.Вебер

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

A COMPARATIVE ANALYSIS OF CAUSES OF DEATH IN HIV INFECTED PATIENTS

O.V.Azovtseva, G.S.Arhipov, E.I.Arhipova, A.V.Smirnov, V.R.Veber

Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russia

Ежегодно увеличивается число ВИЧ-инфицированных пациентов, которые поступают в отделение в связи с прогрессированием своего заболевания. В работе проведен анализ причин госпитализации и летальных исходов ВИЧ-инфицированных больных. Основной причиной смерти больных являлись: генерализованный туберкулез, хронический вирусный гепатит в цирротической стадии.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, оппортунистические инфекции, анализ летальных исходов, туберкулез, вирусный гепатит.

The number of HIV positive patients admitted to the department for the gravity of their condition continually increased. In work the analysis of hospitalizations and deaths of HIV infected patients. The main cause of death of patients death was: generalized tuberculosis, chronic viral hepatitis in cirrhotic stage.

Key words: HIV infection, opportunistic infections, lethal cases statistics, tuberculosis, viral hepatitis.

Введение. Создание и активное использование высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) позволило в настоящее время говорить о ВИЧ-инфекции как о хроническом управляемом заболевании. Однако стало понятно, что с увеличением стажа ВИЧ-инфекции возникают трудности, связанные с лечением соматических, сопутствующих и оппортунистических инфекций, а применяемые профилактические программы в их отношении не всегда оптимальны и эффективны [1].

Заболевания, которые развиваются у людей при иммуносупрессии, обусловленной ВИЧ-инфекцией, представляют особый интерес для современной медицины не только масштабностью распространения вируса, своеобразием течения этого хронического заболевания, но и широким комплексом медико-социальных проблем, встающих перед врачами различных специальностей [2, 3].

Сохраняет свою актуальность проблема развития тяжелых клинических проявлений ВИЧ-инфекции. На сегодняшний день в России не полностью изучены структура, характер и прогнозируемое увеличение количества соматических и вторичных заболеваний, развивающихся на фоне ВИЧ-инфекции, в условиях продолжающегося

распространения эпидемии [4]. К тому же ежегодно увеличивается количество больных с IV и V стадиями ВИЧ-инфекции, что неминуемо приводит к значительному повышению смертности среди этой категории пациентов [5]. Что особенно тревожит — ВИЧ-инфекция по-прежнему остается ведущей причиной смерти людей молодого возраста [6].

Цель исследования: анализ причин госпитализации и летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных, находящихся на лечении в специализированном отделении ГО БУЗ «Новгородская областная инфекционная больница».

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни. Проанализированы результаты и исходы лечения 582 больных специализированного отделения ГО БУЗ «Новгородская областная инфекционная больница»; анализ аутопсий проводился на основании заключений патологоанатомических протоколов. В изучаемую группу вошли как пациенты с ранее известным ВИЧ-статусом, так и пациенты с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией во время госпитализации.

Результаты и их обсуждение. По оценкам ВОЗ и ЮНЭЙДС, в конце 2014 года в мире насчитыва-

лось 36,9 миллиона человек с ВИЧ. В этом же году около двух миллионов человек приобрели инфекцию, а 1,2 миллиона человек умерли по причинам, связанным со СПИДом [7].

В исследовании D:A:D, объединившем данные наблюдений за ВИЧ-инфицированными больными в разных странах, были проанализированы основные причины летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных (табл. 1) [8]. Исследование охватывало 33 тысячи пациентов, среди которых зарегистрировано более двух тысяч случаев смерти. Наиболее частыми причинами смерти, помимо ВИЧ/СПИДа, являются: заболевания печени, сердечно-сосудистые заболевания и онкопатология, не связанная со СПИДом. Наблюдаются и другие причины такие, как инвазивная бактериальная инфекция, суицид и передозировка наркотиков.

Таблица 1
Основные причины смерти больных с ВИЧ-инфекцией в 212 клиниках, расположенных в 21-й стране Европы, Северной Америки и Австралии

Причины смерти	%
СПИД	32
Заболевания печени	14
Другие неустановленные причины	13
Злокачественные опухоли, не ассоциированные с ВИЧ	12
Сердечно-сосудистые заболевания	11
Неестественные причины	9
Бактериальная и другие инфекции	7
Лактацидоз/панкреатит	1
Заболевания почек	1

На начало 2014 года в Российской Федерации умерли по разным причинам 126 957 больных с ВИЧ-инфекцией, в том числе с диагнозом «СПИД» — 28 261 человек [9].

На территории Новгородской области на 31.12.2014 г. зарегистрировано 2556 случаев инфицирования ВИЧ, из числа которых умерли 420 человек с ВИЧ-инфекцией, в том числе 139 в стадии СПИДа [10].

Обращает на себя внимание рост летальности среди ВИЧ-инфицированных на фоне стабилизации показателей первичной выявляемости, что говорит об увеличении стажа ВИЧ-инфекции у наблюдаемых больных и о развитии у них оппортунистических инфекций, соматических и сопутствующих заболеваний.

Анализ причин госпитализации и летальности пациентов от ВИЧ-инфекции является актуаль-

ным не только для клиницистов, но и для организаторов здравоохранения, так как уровень летальности от продвинутых стадий заболевания, вызванного ВИЧ, отражает уровень организации оказания медицинской помощи таким больным. Возможность прогнозирования нарастания количества больных с вторичными и соматическими заболеваниями позволяет реально оценивать возможности специализированных центров и планировать увеличение нагрузки на лечебно-профилактические учреждения общего звена здравоохранения [2, 3].

В нашем случае стационарную помощь получили 582 больных с ВИЧ-инфекцией, из них 107 пациентов повторно обращались за медицинской помощью в стационар в связи с ухудшением состояния; максимальное число госпитализации одного пациента — 21. Среди госпитализированных было 74,9% мужчин и 25,1% женщин; преобладали пациенты в возрасте до 40 лет — 98%; у 2,4% больных диагноз «ВИЧ-инфекция» впервые был выставлен при госпитализации.

Основными клиническими показаниями для госпитализации в стационар в 81,6% случаев была лихорадка, причем у 21,1% больных длительность лихорадки превышала 2 месяца. При расширенном клинико-лабораторном и инструментальном обследовании у 53,09% больных выявлена пневмония, в том числе 42 случая — пневмоцистной и 5 случаев — цитомегаловирусной этиологии; у 30,9% больных наблюдался сепсис с установленной этиологией, у 1,54% больных — с неустановленной; у 3,6% больных диагностированы менингиты и менингоэнцефалиты различной этиологии, верифицированные с помощью бактериологической, серологической и ПЦР-диагностики (у одного больного диагностирован нейросифилис). В 3-х случаях выявлены онкозаболевания: опухоль головного мозга, рак легкого и рак периферического лимфатического узла. Туберкулезное поражение различной локализации (легкие, периферические или висцеральные лимфоузлы) выявлено у 21,8% больных, учитывая, что после установления клинического диагноза «туберкулез» и уточнения активности процесса дальнейшую терапию больные получают в противотуберкулезном диспансере. Среди других причин длительной лихорадки отмечены: обострение очагов хронической инфекции (фарингит, бронхит, пиелонефрит) и кишечные инфекции. Четверо ВИЧ-инфицированных были госпитализированы в стационар по поводу острых вирусных гепатитов.

Кроме этого, важнейшими из вторичных и оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции являются микозы [11]. Орофарингеальный кандидоз может развиваться в латентной стадии; риск развития кандидоза нарастает по мере прогрессирования иммунодефицита [12]. Чрезвычайно редки случаи, когда больные проходят через все стадии ВИЧ-инфекции до наступления смерти без единого эпизода орального кандидоза.

В наблюдаемой группе больных орофарингеальный кандидоз наблюдался у 52,1% больных. Частота встречаемости кандидоза на разных стадиях ВИЧ-инфекции была следующей: стадия 2В — 0,34%, 4А — 9,9%, 4Б — 61,7%, 4В — 24,1%, 5 — 3,96%.

При этом замечено, чем выше уровень иммунодефицита, тем чаще кандидоз носил рецидивирующее течение. В 3-х случаях наблюдались висцеральные формы кандидоза с развитием кандидозного сепсиса, менингоэнцефалита и пневмонии. Клинические формы орофарингеального кандидоза включали: псевдомембранозную — 72,3%, эритематозную — 10,9% и атрофическую форму — 7,59%, кандидозный глоссит — 5,28%, ангулярный хейлит — 3,96%.

Важная особенность течения кандидоза ротовой полости и глотки — рецидивирующий характер заболевания, причем с увеличением стажа инфицированности отмечалось увеличение частоты рецидивов. В поздних стадиях ВИЧ-инфекции наблюдались висцеральные формы кандидоза.

В структуре сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных в 84,5% преобладали вирусные гепатиты (ВГ) в различных сочетаниях (ВГВ, ВГС, ВГС+ВГВ, ВГВ+ВГД, ВГВ+ВГС+ВГД). При одновременном присутствии в одном организме нескольких ВГ существует ингибирующее взаимодействие между вирусами, и в большинстве случаев один из них является доминирующим, а второй — подавленным. В литературе имеются сведения, согласно которым ВГ представляет собой неблагоприятный фактор для ВИЧ-инфицированных пациентов, ускоряя снижение уровня CD4-лимфоцитов в крови. Это позволяет предположить, что ВГ могут ускорять прогрессию ВИЧ-инфекции и увеличивать риск летального исхода вследствие развития СПИДа. E.S.Daag и соавт. [13] изучили влияние уровня РНК ВГС на течение ВИЧ-инфекции; по их данным, у ВИЧ-коинфицированных больных с хроническим гепатитом С (ХГС) концентрация РНК ВГС

напрямую связана с уровнем прогрессии ВИЧ-инфекции и летальностью от СПИДа.

Причинами такой ситуации является преобладание в составе госпитализированных больных представителей групп населения с рискованным поведением (активные потребители инъекционных наркотиков и алкоголя, лица без определенного места жительства и др.).

В нашем исследовании в больнице была оказана медицинская помощь 582 пациентам с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Из этого числа умерли 47 пациентов, в том числе в стадии СПИДа — 68,1%; общая летальность составила — 8,07%.

Наибольшее число летальных исходов, как среди мужчин, так и среди женщин, регистрируется в возрастной группе 20–39 лет — 89,4%.

В последние годы при анализе клинических стадий заболевания больных, впервые взятых под медицинское наблюдение, выявляется манифестное течение болезни, что свидетельствует о давности заболевания и о поздней обращаемости больных за медицинской помощью [14]. Как следствие этого отмечается рост летальности среди ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИДа.

Таблица 2
Причины смерти пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция»

Причина смерти	абс.	%
Туберкулез генерализованный	11	23,4
Пневмоцистная пневмония	4	8,51
Криптококковый менингоэнцефалит	—	—
Токсоплазмоз головного мозга	2	4,25
Менингоэнцефалит не уточненной этиологии	1	2,13
Неходжкинская лимфома	—	—
Цитомегаловирусная инфекция	1	2,13
Генерализованная герпетическая инфекция	1	2,13
Саркома Капоши	1	2,13
Ангиогенный сепсис	7	14,9
Вирусные гепатиты в цирротической стадии	10	21,3
Бактериальные осложнения	9	19,4

Анализ смертельных исходов показал, что в половине случаев летальному исходу способствовали оппортунистические инфекции (табл. 2).

Из всех рассмотренных случаев ВААРТ принимали 2,13% больных; причем терапия была начата на фоне критически низкого уровня CD4-лимфоцитов в крови, а как известно, благополучие нача-

той терапии прямо пропорционально количеству CD4-клеток. 6 человек самостоятельно прекратили терапию из-за отсутствия приверженности или лечение было отменено из-за побочных эффектов препаратов, а также в связи с приемом большим наркотических средств. Основные причины низкого уровня охвата ВААРТ ВИЧ-инфицированных исследуемой группы не новы: асоциальное поведение, нежелание обращаться в медицинские учреждения и менять образ жизни даже при том, что пациенту известно его заболевание. С другой стороны, никто из исследуемых больных не получал профилактику СПИД-индикаторных заболеваний, что свидетельствует о недостатках в организации диспансерного наблюдения и ведения таких пациентов.

В настоящее время в Новгородской области, как и в Российской Федерации, в целом наблюдается тенденция к увеличению числа больных, доживших до поздних стадий ВИЧ-инфекции, не находившихся на диспансерном наблюдении и в большинстве случаев не знавших о своем ВИЧ-статусе, а значит, не получавших профилактического лечения оппортунистических заболеваний, как и ВААРТ.

Ежегодно увеличивается число поздно выявленных больных, которые поступают в медицинские учреждения в тяжелом и крайне тяжелом состоянии; нередко на момент госпитализации они нуждаются в большей степени в паллиативной помощи, нежели в специализированном лечении, а диагноз «ВИЧ-инфекция» им устанавливают уже за несколько дней до смерти.

Понятие «поздно выявленные случаи ВИЧ-инфекции» включает в себя пациентов с впервые установленным диагнозом при клинической картине СПИДа и/или при уровне CD4-лимфоцитов в крови менее 350 клеток/мкл. Пациенты с таким диагнозом представляют серьезную проблему для системы здравоохранения: их лечение является более дорогостоящим и не столь эффективным [15].

Лишь 6,38% пациентов из числа умерших состояли на регулярном диспансерном учете в Центре СПИД. Низкий уровень охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-пациентов объясняется психологическими особенностями данной категории больных и недостатками в организации медицинской помощи людям с низким социальным статусом.

Заключение. С увеличением стажа ВИЧ-инфекции возникают трудности, связанные с лечением сопутствующих и оппортунистических инфекций и развитием тяжелых клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Увеличивается число случаев госпитализации поздно выявленных больных.

Основным клиническим показанием для госпитализации в стационар в 81,6% случаев была лихорадка, причем у 21,1% больных длительность лихорадки превышала 2 месяца. В структуре сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных в 84,5% преобладали ВГ.

Общая летальность среди больных составила 8,07%, из них в стадии СПИДа — 68,1%; летальность имеет тенденцию к росту, несмотря на использование ВИЧ-инфицированными ВААРТ.

Основными причинами смерти пациентов в стадии СПИДа являлись: генерализованный туберкулез, пневмоцистная пневмония, токсоплазмоз с поражением головного мозга, генерализованная форма ЦМВ-инфекции, генерализованная герпетическая инфекция, Саркома Капоши.

Наибольшую группу умерших в отделении составили пациенты с ХВГ в цирротической стадии. Причинами смерти больных являлись: кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, эрозивные кровотечения, асцит.

Итоги исследования послужат основой для качественного изменения организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным в Новгородской области.

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 14-16-53001).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Женщина, ребенок и ВИЧ* / Под ред. Н.А.Белякова, Н.Ю.Рахманиной, А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. — 600 с.
2. *Вирус иммунодефицита человека — медицина: Руководство для врачей* / Под ред. Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. — 752 с.
3. *О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.03.2012 № 23584* / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. — URL:<http://rospotrebnadzor.ru> (дата обращения 24.12.2013 г.).

4. Розенталь В.В., Беляков Н.А., Рассохин В.В., Дубикайтис П.А. Подходы к определению оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных в популяции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2011. — Т. 3, № 3. — С. 7–12.
5. Виноградова Е.Н., Леонова О.Н., Смирнова П.Л., Фоменкова Н.В. Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции (2002–2007) // Альманах «Инфекционные болезни — 2007» / Под общей ред. А.А.Яковлева, А.Г.Рахмановой. — СПб.: НИИХ СПбГУ, 2008. — С. 62–66.
6. Колобов В.Е., Дворак С.И., Волкова Г.В. Особенности течения эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге: Альманах «Инфекционные болезни — 2007» / Под общей ред. А.А.Яковлева, А.Г.Рахмановой. — СПб.: НИИХ СПбГУ, 2008. — С. 92–96.
7. Всемирная организация здравоохранения. — URL: <http://www.who.int/features/qa/71/ru> (дата обращения 30.11.2015 г.).
8. The data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) Study Group. Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D:A:D study // AIDS. — 2010. — vol. 24. — P. 347–356.
9. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 39 / ФМНЦ по профилактике и борьбе со СПИДом. — М., 2014. — 53 с. — URL: http://www.hivrussia.ru/files/bul_39.pdf.
10. Азовцева О.В., Архипов Г.С., Архипова Е.И., Смирнов А.В., Фишман Б.Б., Вебер В.Р. Оценка результатов математического моделирования и анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Новгородской области // Медицинский академический журнал. — 2015. — Т. 15, № 3. — С. 68–74.
11. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлева А.А. ВИЧ-инфекция. — СПб.: 21 век, 2004. — 696 с.
12. Fichtenbaum C.J., Koletar S., Yiannoutsos C. Refractory Mucosal Candidiasis in Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection // Clin. Inf. Dis. — 2000. — Vol. 30, № 5. — P. 749–756.
13. Daar E.S., Lynn H., Donfield S., Gomperts E., O'Brien S.J., Hilgartner M.W., Hoots W.K., Chernoff D., Arkin S., Wong W.Y., Winkler C.A. Hepatitis C virus load in associated with human immunodeficiency virus type 1 disease progression in hemophiliacs // J. Infect. Dis. — 2001. — Vol. 183. — С. 589–595.
14. Жолобов В.Е., Беляков Н.А., Степанова Е.В., Рахманова А.Г., Волкова Г.В., Дворак С.И., Пантелеева О.В. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2009. — Т. 1, № 1. — С. 68–76.
15. Мусатов В.Б., Якубенко А.Л., Тыргина Т.В. Поздно выявленные случаи ВИЧ-инфицированных среди госпитализированных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2, № 3. — С. 88–90.

References

1. Zhenithina, rebenok i VICH (A woman, a child and HIV), St. Petersburg: Baltijskiy medicinskiy obrazovatel'niy centr, 2012, 600 p.
2. Virus immunodeficienta cheloveka — medicina (Human Immunodeficiency Virus — Medicine), St. Petersburg: Baltijskiy medicinskiy obrazovatel'niy centr, 2010, 752 p.
3. <http://rospotrebnadzor.ru>.
4. Rozentalj V.V., Belyakov N.A., Rassokhin V.V., Dubikaytis P.A., VICH-infekciya i immunosupressii, 2011, vol. 3, No. 3, pp. 7-12.
5. Vinogradova E.N., Leonova O.N., Smirnova P.L., Fomenkova N.V., Palliativnaya pomoshch pri VICH-infekcii (2002–2007) (Palliative care for HIV infection (2002–2007)), St. Petersburg: NIIC SPGU, 2008, pp. 62-66.
6. Kolobov V.E., Dvorak S.I., Volkova G.V., Osobennosti techeniya ehpidemii VICH-infekcii v Sankt-Peterburge (Especially the course of the HIV epidemic in St. Petersburg), St. Petersburg: NIIC SPGU, 2008, pp. 92-96.
7. <http://www.who.int/features/qa/71/ru>.
8. The data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) Study Group. Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D:A:D study, AIDS, 2010, vol. 24, pp. 347-356.
9. http://www.hivrussia.ru/files/bul_39.pdf.
10. Azovceva O.V., Arkhipov G.S., Arkhipova E.I., Smirnov A.V., Fishman B.B., Veber V.R., Medicinskiy akademicheskiy zhurnal, 2015, vol. 15, No. 3, pp. 68-74.
11. Rakhmanova A.G., Vinogradova E.N., Voronin E.E., Yakovleva A.A., VICH-infekciya (HIV infection), St. Peterburge 21 vek, 2004, 696 p.
12. Fichtenbaum C.J., Koletar S., Yiannoutsos C. Refractory Mucosal Candidiasis in Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection, Clin. Inf. Dis., 2000, vol. 30, No. 5, pp. 749-756.
13. Daar E.S., Lynn J., Donfield S., Gomperts E., O'Brien S.J., Hilgartner M.W., Hoots W.K., Chernoff D., Arkin S., Wong W.Y., Winkler C.A. Hepatitis C virus load in associated with human immunodeficiency virus type 1 disease progression in hemophiliacs, Infect. Dis., 2001, vol. 183, pp. 589-595.
14. Zholobov V.E., Belyakov N.A., Stepanova E.V., Rakhmanova A.G., Volkova G.V., Dvorak S.I., Panteleeva O.V., VICH-infekciya i immunosupressii, 2009, vol. 1, No. 1, pp. 68-76.

15. Musatov V.B., Yakubenko A.L., Tihrgina T.V., *VICH-infekciya i immunosupressii*, 2010, vol. 2, No. 3, pp. 88-90.

Статья поступила 27.10.2015 г.

Контактная информация Азовцева Ольга Владимировна, e-mail: olga-azovtseva@mail.ru

Коллектив авторов:

Азовцева Ольга Владимировна — к.м.н., доцент кафедры микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней Института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, 173000, Великий Новгород, ул. Коровникова, д. 14, кв. 20, e-mail: olga-azovtseva@mail.ru;

Архипов Георгий Сергеевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней Института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, 173000, Великий Новгород, ул. Мира, д. 4, кв. 6, e-mail: agserg05@mail.ru;

Архипова Екатерина Ивановна — д.м.н., профессор кафедры микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней Института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, 173000, Великий Новгород, ул. Мира, д. 4, кв. 6, e-mail: aei05@mail.ru;

Смирнов Александр Владимирович — д.м.н., профессор кафедры микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней Института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, ул. Б. Санкт-Петербургская, д. 41, e-mail: Aleksandr.Smirnov@novsu.ru;

Вебер Виктор Робертович — д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней, ректор Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, ул. Б. Санкт-Петербургская, д. 41, e-mail: Viktor.Veber@novsu.ru, (8162) 62-72-44, (8162) 62-41-10, (8162) 63-82-62.



**О кафедре социально-значимых инфекций ПСПбГМУ
им. акад. И.П.Павлова**

В августе 2013 г. Ученым Советом Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского Университета принято решение об открытии кафедры социально-значимых инфекций на факультете последипломного образования.

Клиническими базами для обучения являются СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»: поликлиническое отделение (наб. Обводного канала, д. 179), стационар (ул. Бумажная, д. 12), Городская туберкулезная больница № 2, Клиническая инфекционная больница им. С.П.Боткина, специалисты ЛПУ по вопросам материнства и детства.

Возглавляет кафедру академик РАН, профессор Беляков Николай Алексеевич. В ее составе работают профессора — Жолобов Владимир Евгеньевич, Степанова Елена Владимировна, Пантелеев Александр Михайлович, Ястребова Елена Борисовна. В педагогическом процессе участвуют 8 доцентов и 4 ассистента, являющиеся руководителями клиник и лабораторий и ведущими специалистами.

Основные направления деятельности кафедры — проведение учебных циклов дополнительного профессионального образования по проблеме ВИЧ-медицины, хронических гепатитов и других вирусных инфекций для врачей различных специальностей и клинических ординаторов, подготовка специалистов на рабочем месте, обучение клинических ординаторов-инфекционистов.

На 2016 год запланировано проведение 10 циклов тематического усовершенствования, 1 сертификационный цикл «Инфекционные болезни» и 6 циклов смежного обучения для клинических ординаторов на бюджетной основе.

Также возможно проведение обучения врачей на договорной основе как по инфекционным болезням, так и по вопросам ВИЧ-медицины.

Подробную информацию можно получить по

тел. (812) 407-83-32, т/факс (812) 251-08-53,

e-mail: elena_yastrebova@inbox.ru,

а так же на сайте <http://www.spb-gmu.ru>.