

ТЕЗИСЫ

VII Виноградовские чтения

АНАЛИЗ ОБЪЕМОВ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*А.М.Амозов, Н.Д.Салиева, Н.В.Бахтина, Н.Г.Бабич
(Мурманск)*

Материалы и методы. Общий объем скрининга населения Мурманской области на антитела к ВИЧ в 2014 году составил 21,6% против 19,7% в 2013 году.

Средний показатель выявляемости ВИЧ-инфекции в Мурманской области в 2014 году составил 244,3 на 100 тысяч обследованных (в 2013 г. — 238,7, в 2012 г. — 231,1).

Результаты исследования. В 2014 году в Мурманской области зарегистрировано 412 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 11,4% больше, чем в 2013 году. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией (на 100 тысяч населения) в 2014 году составил 46,8 (2013 г. — 44,7) (РФ — 58,4), показатель пораженности населения (на 100 тысяч населения) — 531,9. В 2014 году, как и ранее, в структуре обследуемых на ВИЧ основными группами остаются лица, обследованные по клиническим показаниям (32,1%), «прочие» (24,3%), беременные (18,1%) и доноры (14,2%). Отмечен рост числа обследованных лиц, находящихся в местах лишения свободы на 13,4%. Осужденные потребители инъекционных наркотиков являются основным контингентом, пораженным ВИЧ. В 72,8% случаев потребители инъекционных наркотиков выявлены в группе осужденных, лиц, обследованных по клиническим показаниям и по эпидемически значимым контактам. Своевременное выявление ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков по другим кодам возможно, когда они обращаются в медицинские организации по поводу других состояний и заболеваний.

Увеличение выявляемости по клиническим показаниям у ненаркопотребителей свидетельствует о росте значимости полового пути инфицирования и выходе инфекции из группы риска на общую популяцию населения.

С целью максимального охвата обследованиями населения в условиях генерализованной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции целесообразно осуществлять скрининг не только в уязвимых группах, но и обследовать граждан на наличие ВИЧ-инфекции в случаях их обращения за любым видом медицинской помощи.

ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ. ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

*Е.Г.Бакулина, Т.Н.Трофимова, В.В.Рассохин
(Санкт-Петербург)*

Широкое внедрение ВААРТ существенно изменяет патофизиологические механизмы поражения ЦНС, течение нейрокогнитивных расстройств, оппортунистических инфекций с поражением головного мозга, а также лучевую картину этих изменений. В результате появляются новые нетипичные формы поражения головного мозга у ВИЧ-инфицированных пациентов, что существенно усложняет дифференциальную диагностику.

Цель исследования. Изучить лучевую семиотику поражений головного мозга у ВИЧ-инфицированных пациентов с различным содержанием CD4-лимфоцитов в крови и РНК ВИЧ на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-лабораторные показатели 110 пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые находились на обследовании и лечении в СПб Центре СПИД. Всем пациентам выполнялось МР-исследование головного мозга на магнитно-резонансном томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл в период с 2012 по 2015 год. Полученные данные включали в себя: длительность и путь инфицирования, стадию и фазу заболевания, информацию о диагностированных ранее вторичных и сопутствующих заболеваниях, длительность приема ВААРТ, уровень CD4-лимфоцитов в крови и РНК ВИЧ, результаты молекулярно-биологических и иммунологических тестов на оппортунистические инфекции.

Результаты. По гендерному признаку разделение в группах было неравномерным: мужчин было 68 (61%), женщин — 42 (39%). Средний возраст пациентов составил 36 ± 13 лет, а средняя длительность инфицирования 8 ± 8 лет. Всего пациентов, получавших ВААРТ без учета перерывов и длительности приема, было 91 человек. Большинство больных ВИЧ, направленных на МР-исследование головного мозга, находилось в стадии 4В. Среднее значение уровня CD4-лимфоцитов у обследованных ВИЧ-инфицированных составило 270 клеток/мкл крови и 16% относительное количество субпопуляции лимфоцитов. Среднее значение вирусной нагрузки составило 224 837 копий/мл, медиана вирусной нагрузки — 2504 копий/мл.

По результатам МРТ головного мозга, признаки ВИЧ-энцефалопатии были выявлены у 65 пациентов, причем у 51 (78,5%) ВИЧ-инфицированного она проявлялась не только расширением наружных и внутренних ликворных пространств, но и вовлечением белого вещества в патологический процесс. МР-признаки вторичного инфекционного поражения головного мозга наблюдались у 38 пациентов. В группе без приема ВААРТ чаще встречались такие морфологические изменения, как зоны глиоза (20% против 12% в группе с регулярным приемом ВААРТ), участки демиелинизации (38%) по сравнению со второй группой (22%), а также гранулемы (28% против 18%).

При сравнении качественных показателей (с использованием критерия хи-квадрат Пирсона и показателя отношения шансов) таких, как наличие или отсутствие приема ВААРТ и результатов МР-сканирования головного мозга были выявлены достоверные статистические связи. Так, было установлено, прием антиретровирусной терапии приводил к более частому поражению субтенториальных структур по результатам МРТ. В группе без приема ВААРТ шансы выявить поражения в задней черепной ямке были в 4 раза ниже, чем в группе с приемом терапии независимо от длительности и приверженности к ней.

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ТЕСТА QUANTIFERON-TB GOLD IN-TUBE И IP-10 В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Е.В.Васильева, А.М.Пантелеев, В.Н.Вербов, А.А.Тотоян
(Санкт-Петербург)*

Ранее нами были получены данные о том, что IFN γ (тест QuantiFERON-TB Gold In-Tube, КФТ) и IP-10 (IFN γ индуцируемый протеин-10) могут рассматриваться в качестве полезных биомаркеров для выявления туберкулезного инфицирования.

Но едва ли эти результаты можно аппроксимировать на пациентов с ВИЧ, так как известно, что иммунодефицит, вызванный ВИЧ, обусловлен в первую очередь уменьшением количества и ослаблением функций CD4-лимфоцитов, что приводит к снижению продукции и биологического действия других цитокинов, прежде всего IFN γ .

Целью исследования явилось изучение сравнительной ценности КФТ и IP-10 в диагностике туберкулезного инфицирования у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В исследование были включены больные с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом органов дыхания (n=40) и пациенты с ВИЧ-инфекцией без признаков активного туберкулеза (n=47).

Всем лицам, включенным в исследование, был выполнен КФТ и определено содержание антиген-индуцированной (AG) и спонтанной продукции (NIL) IP-10.

Результаты и обсуждение. Для IP-10 достигалась чувствительность выявления туберкулезного инфицирования 67% и специфичность 92%, в то время как КФТ имел сопоставимую чувствительность 70%, но значимо более низкую специфичность 73% (p=0,021, критерий хи-квадрат). При этом применение IP-10 обеспечивало больший диапазон измеряемых концентраций по сравнению с IFN γ и более высокое пороговое значение, что является его несомненным преимуществом.

Полученные результаты показали возможность использования IP-10 в качестве альтернативного биомаркера IFN γ для выявления туберкулезного инфицирования у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

*Е.В.Вехова, Г.Б.Садыкова, И.В.Мальшина, А.Б.Никитин
(Самара)*

Материалы и методы. Анализ карт эпидемиологического расследования пациентов. Методы описательной статистики.

Результаты. Среди прикрепленного населения к ГП № 1 на 01.09.2015 г. было выявлено 1203 ВИЧ-позитивных пациента; умерли 449 (37,3, 95% ДИ: 34,6–40,1%). За последние 21 месяц с 01.01.2014 по 01.09.2015 г. выявлено 112 человек, имеющих положительную реакцию в иммунном блоте: в 2014 — 66 человек; в 2015 году — 46 человек. Проведены обследования:

— в 2014 году: код 102 — 18,2%, код 104 — 6,1%, код 108 — 3%, код 109 — 3%, код 112 — 6,1%, код 113 — 28,8%, код 118 — 28,8%, код 120–124 — 6,1%;

— в 2015 году: код 102 — 6,5%, код 104 — 2,2%, код 108 — 2,2%, код 109 — 6,5%, код 112 — 8,7%, код 113 — 34,8%, код 118 — 32,6%, код 120–124 — 6,7%.

Выявлены в поликлинике по месту жительства 20,8% (95% ДИ: 13,4–30%) пациентов; в различных стационарах города — 24,8% (95% ДИ: 16,7–34,3%); в наркологическом диспансере — 7,9% (95% ДИ: 3,5–15%), в кожно-венерологическом диспансере — 6,9% (95% ДИ: 2,8–13,8%); в частных лабораториях — 11,9% (95% ДИ: 7–21%); в противотуберкулезном диспансере — 4,9% (95% ДИ: 1,6–11,2%); при обследовании как доноры на станции переливания крови — 3% (95% ДИ: 0,6–8,44%); в МЛС — 7,9% (95% ДИ: 3,5–15%); в Самарском областном центре СПИД — 9,9% (95% ДИ: 4,8–17,5%); в Центре планирования семьи — 2% (95% ДИ: 0,24–6,9%). Половой путь передачи среди выявленных и вставших на учет: в 2014 году — 60,5%, в 2015 году — 85,7%. В связи с высоким распространением ВИЧ-инфекции в области следует обследовать пациентов при

любом обращении в медицинские учреждения для более раннего установления диагноза и оказания медицинской помощи.

Выводы. При сопоставлении с общей статистикой установлено, что в поликлинике по месту жительства выявлено только 20,8% (95% ДИ: 13,4–30%) случаев ВИЧ. В стационарах различных профилей выявлено 29,7% (95% ДИ: 21–39,6%). Наиболее часто 30,6% (95% ДИ: 22,2–40,1%) пациенты обследованы по клиническим показаниям.

ТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.А.Вишневский (Санкт-Петербург)

Цель публикации: описание особенностей клинического течения и тактики хирургического лечения туберкулезного поражения шейного отдела позвоночника у больных с ВИЧ-инфекцией.

Результаты исследования. В СПб НИИ фтизиопульмонологии в период 2010–2014 гг. оперировано 6 ВИЧ-позитивных больных с поражением шейного отдела позвоночника, что составило 9,8% от всех оперированных ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезным спондилитом. Всем пациентам проводилась оценка неврологического статуса по стандартным шкалам (BAШ, ASIA, ODI), анестезиологического и хирургического риска (ASA). Диагноз был подтвержден бактериологически и/или гистологически. У всех пациентов имела мультирезистентность МБТ. До операции больные получали антиретровирусную терапию. Исходное количество CD4-лимфоцитов в крови составляло от 80 до 230. Катамнез прослежен в течение 1–2 лет. На фоне проводимой специфической антибиотикотерапии по 4-му режиму у всех больных через 6–8 месяцев достигнуто клиническое излечение заболевания. Также отмечалось нарастание CD4-лимфоцитов в крови на 50–70% от исходного уровня (в среднем до 265 клеток).

Заключение. Наличие факторов, существенно ограничивающих эффективность консервативных методов лечения у больных туберкулезным спондилитом (ВИЧ-инфекция или мультирезистентность МБТ) в определенной мере можно рассматривать не как противопоказание к выполнению хирургического лечения, а напротив, как относительное дополнительное показание к его выполнению. В такой ситуации, целью операции является не классическое понимание «полного излечения заболевания», а ликвидация прогрессирующих неврологических нарушений и, как следствие, улучшение качества жизни пациента.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ

*С.П.Гаврилова, О.В.Пантелеева, Н.А.Бембеева,
Е.Б.Ястребова, В.А.Васильева (Санкт-Петербург)*

Цель данного исследования: характеристика группы ВИЧ-позитивных подростков, выявленных в 2014 и 2015 годах в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. В исследовании были использованы метод ретроспективного эпидемиологического анализа случаев ВИЧ инфекции у подростков 15–17 лет, зарегистрированных в Центре СПИД в 2014 году и за 6 месяцев 2015 года. Всего в рамках данной работы были проанализированы 13 случаев (100% от числа выявленных в данной возрастной группе), из них 7 случаев, зарегистрированных в 2014 году, и 6 случаев за 6 месяцев 2015 года.

Показатели заболеваемости подростков в 6,9 раза ниже, чем взрослых: в 2014 году общий показатель заболеваемости населения Санкт-Петербурга составил 45,6 на 100 тысяч населения, заболеваемость подростков — 6,6 на 100 тысяч населения.

Удельный вес числа ВИЧ-положительных подростков, выявленных в 2014 году, составил 0,3% от числа всех впервые выявленных ВИЧ-положительных жителей Санкт-Петербурга. По Российской Федерации этот показатель равен 1,4%. Из числа 13 выявленных подростков треть составили юноши (4 человека), две трети — девушки (9 человек), что не характерно для общей популяции ВИЧ-инфицированных в городе (преобладают мужчины — 58,1% в 2014 году и 58,7% в первом полугодии 2015 года). На момент обследования 8 подростков (62%) достигли 17 лет, 4 подростка (30%) — 16 лет, один (7,7%) — 15 лет. Из числа зарегистрированных 3 подростка (23%) окончили среднюю школу, 5 подростков (38%) — учились в средних специальных учебных заведениях, трое (23%) учились в средней школе, один подросток прекратил обучение после 9-го класса, и один бросил школу в 6-м классе. ВИЧ-инфекция на стадии 2А диагностирована в одном случае, 2Б — в двух случаях, в восьми случаях — на стадии 3, по одному случаю — на стадиях 4А и 4Б. У двух подростков обнаружена цитомегаловирусная инфекция, у одного — вирус Эпштейна-Барра также по одному диагностированы генитальный герпес и сифилис. Случаев вирусных гепатитов не выявлено. Пятеро подростков были обследованы на ВИЧ по клиническим показаниям и наличию ИППП (острый инфекционный мононуклеоз — у двух человек, подозрение на заболевание крови, сифилис, генитальный герпес — по одному человеку). Три девушки выявлены при обращении в ЛПУ в связи с наступившей беременностью, две из которых завершились родами. Два человека обратились самостоятельно в ЛПУ (диспансеризация в женской консультации и обследование после получения информации о наличии ВИЧ-инфекции у партнера). Один подросток обследован в связи с его пребыванием в Центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей. Два подростка выявлены при обследовании перед плановой госпитализацией. Половой путь передачи установлен в 100% случаев, из них в одном случае при гомосексуальных контактах. Первые сексуальные контакты ВИЧ-положительные подростки начали в 13 лет — 3 человека, в 14 лет — 3 человека, в 15 лет — 6 человек и 16 лет — один человек. В 8 случаях ВИЧ-инфекция выявлена через 2 года от начала половой жизни, в трех случаях — через 3 года, в двух случаях через год. Один подросток сообщил о множественных беспорядочных половых контактах с ровесницами и совершеннолетними женщинами, еще один подросток сообщил о множественных беспорядочных половых гомосексуальных контактах. В 9 случаях сообщено о нескольких половых партнерах (от 3 до 10), в том числе в одном случае партнеры были несовершеннолетние, в остальных — на несколько лет старше пациента. В двух случаях сообщено о наличии одного полового партнера. У 12 детей (92%) источник инфицирования ВИЧ не установлен из-за отсутствия данных о половых партнерах или отказа сообщить сведения о них. При сборе эпидемиологического анамнеза у подростков выявлены недостаточная осведомленность о ВИЧ-инфекции и ее профилактике, недооценка возможности инфицирования («со мной этого не случится»), неприменение или неправильное использование презервативов. Во всех случаях имели место дефекты полового воспитания, отсутствие доверительных отношений в семье, явное или скрытое социальное неблагополучие.

Можно сделать вывод о доминировании полового пути распространения ВИЧ-инфекции среди подростков в Санкт-Петербурге на современном этапе развития эпидемии. Основными факторами, способствующими инфицированию, являются раннее начало половой жизни при низком уровне осведомленности о методах барьерной контрацепции, профилактике ИППП и ВИЧ, а также социальное и психологическое неблагополучие.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ/СПИД, ГЕПАТИТОВ В И С В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Е.Л.Гасич, В.Ф.Ерёмин (Минск, Республика Беларусь)

На протяжении последних лет в Республике Беларусь отмечается устойчивый рост заболеваемости ВИЧ, гепатитами В и С. В течение 2008–2015 годов нами проводилось молекулярно-генетическое типирование этих вирусов, а также определение резистентности вирусов к препаратам противовирусной терапии.

Материалы и методы. Методом секвенирования с последующим филогенетическим анализом исследовано 515 образцов плазмы крови, полученных от пациентов с ВИЧ-инфекцией, 887 — с ВГС-инфекцией и 412 — с ВГВ.

Результаты. Проведенные исследования показали, что в целом в республике в популяции пациентов с ВИЧ/СПИД доминирует субтип А ВИЧ-1, на долю которого приходится 91% всех случаев инфицирования. В то же время, несмотря на значительный эпидемический вклад субтипа А ВИЧ-1, увеличивается циркуляция В, С и G субтипов ВИЧ-1 и его рекомбинантных форм, таких как CRF03_AB, CRF02_AG, CRF06_srx, занесенных на территорию страны из соседних регионов — России и Литвы. Проведенный анализ результатов секвенирования по гену *pol* показал, что в последние годы отмечается рост числа выявленных случаев с высоким уровнем резистентности ВИЧ-1 к препаратам ВААРТ, который составил 23,5%. Анализ 887 нуклеотидных последовательностей ВГС позволил установить, что в Беларуси циркулируют 1, 2, 3, 4 генотипы ВГС, а также рекомбинантные формы 2k/1b, 1d/1b с абсолютным преобладанием 1b (59,9%) и 3a (27,7%) подгенотипов, при этом частота распределения подгенотипов ВГС различалась в разных группах риска. На основании данных генотипирования участка Р гена ВГВ (412 образцов), было установлено, что 81,7% относится к D подгенотипу ВГВ, представленному D1 (19,3%), D2 (36,9%), D3 (25,5%) и D4 (1%) вариантами. Следующими были A2 (16,5%), C2 (21,2%), B4 (0,2%); у двух пациентов определены рекомбинантные формы вируса AD, CD. Резистентность к препаратам противовирусной терапии выявлена в 3,6% случаев.

Таким образом, проводимые нами исследования позволяют контролировать динамику эпидемиологического процесса, появления резистентных штаммов вирусов для усовершенствования системы профилактики и терапии.

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.С.Горбунова (Тверь)

Цель исследования. Определить характеристику эпидемии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека в Тверской области.

Материалы и методы: ретроспективный анализ данных показателей пораженности, заболеваемости, выявляемости, смертности, летальности, возрастно-половой состав ВИЧ-инфицированных лиц — жителей Тверской области.

Результаты. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на территории Тверской области регистрируется более 15 лет. В период с 1987 до 1997 году имели место единичные случаи ВИЧ-инфекции; в 1997 году началось активное распространение ВИЧ в среде внутривенных потребителей наркотиков, что привело к эпидемическому распространению заболевания среди данной группы (субпопуляции) с последующим переносом инфекции на население в целом.

По состоянию на начало 2015 года в Тверской области зарегистрировано 10 119 случаев ВИЧ-инфекции среди жителей области показатель пораженности (превалентности) населения с уче-

том выбывших и умерших лиц с ВИЧ-инфекцией составил 544,1 на 100 тысяч населения, что на 10% превышает аналогичный среднероссийский показатель (494,6 на 100 тысяч населения).

На протяжении последних 5–7 лет уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Тверской области сохраняется стабильно высоким с тенденцией к постоянному росту заболеваемости в среднем на 3–5% в год. Значение показателя заболеваемости в 2014 году составило 53,3 на 100 тысяч населения, вновь выявлено 707 случаев ВИЧ-инфекции, что является самым высоким за последние 10 лет, однако ниже среднероссийского показателя заболеваемости на 8,7%.

Охват тестированием населения региона на ВИЧ составляет 12–13% от общего количества населения, что значительно ниже среднего показателя охвата по России в целом (19,2%) и по ЦФО в частности (22,6%). Из года в год прослеживается уменьшение доли обследования лиц из уязвимых контингентов в общей структуре обследования: наркопотребителей почти в 3 раза по сравнению с 2007 годом, больных ИППП в 2,3 раза, а также группы представителей основного населения — беременных — на 8,1%. В то же время возрастает доля лиц, обследованных по клиническим показаниям с 8,9% в 2007 году до 11,1% в 2014 году и доля прочих обследований с 32,6% до 36,9% в 2014 году, что соответствует общей среднероссийской тенденции. Выявляемость в индикаторных группах является весьма значительной: в группе наркопотребителей — до 19%, в группе больных ИППП — до 1,2%, выявляемость среди беременных составляет в среднем 0,25%.

В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных лиц прослеживается последовательное уменьшение до 7,9% массовой доли возрастной категории 18–24 года, ранее являющейся наиболее пораженной возрастной группой, растет удельный вес ВИЧ-позитивных лиц более старших возрастов. Наиболее поражаемой в настоящее время является возрастная группа 30–41 год: удельный вес ВИЧ-инфицированных жителей региона данных возрастов составляет 40% на протяжении последних трех лет.

Распределение ВИЧ-инфицированных лиц по полу на протяжении последних 3-х лет сохраняет равновесие. Темп прироста женской заболеваемости почти в 2 раза превышает прирост заболеваемости среди мужчин.

На начало 2015 года всего умерли 2489 человек с ВИЧ-инфекцией, из них детей — 13 человек: в том числе от СПИДа — 973 человека, детей — 12 человек.

Смертность от СПИДа в 2014 году составила 7,7 на 100 тысяч населения, летальность от СПИДа — 1,4%. Данные статистические показатели по Тверской области гораздо ниже аналогичных среднероссийских — показатель смертности ниже в 2 раза, летальности в 2,3 раза, однако данный факт объясняется возможным недоучетом, несвоевременным или некорректным учетом случаев смерти ВИЧ-инфицированных лиц.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*З.М.Загдын, В.Б.Галкин, М.В.Бельтюков, С.И.Дырул,
Г.Н.Исаева, А.Ю.Ковеленов (Санкт-Петербург)*

Цель исследования — обзор и оценка организации комплекса профилактических мер, направленных на снижение распространения туберкулеза (ТБ) среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), на территориях Северо-Западного федерального округа (СЗФО) России.

Материалы и методы. В исследовании использовались справки, составляемые при выездах в территории СЗФО, дан-

ные ежегодных отчетных форм федерального статистического наблюдения: форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом», форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», форма № 61 «Сведения о контингентах больных болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), анкетный опрос и сбор информации через территориальных координаторов по проблемам сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулеза, анализ результатов применения изониазида и его сочетания с пиразинамидом в целях химиопрофилактики (ХП) ТБ среди ЛЖВ в когортном исследовании в Центре СПИД Ленинградской области (2009–2014 гг.).

Результаты исследования. Лидирующие позиции по распространению сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции в СЗФО в течение ряда лет устойчиво занимают Санкт-Петербург, Ленинградская и Калининградская области. Число больных с ВИЧ-инфекцией с активным туберкулезом в Санкт-Петербурге в 2014 году составило 2499 человек против 574 в 2008 году, в Ленинградской области — 355 против 199 и в Калининградской области — 199 против 193, в СЗФО — 3813 против 1253 пациентов, соответственно в 2014 и 2008 годы. Основными мерами по снижению распространения ТБ среди ЛЖВ являются: раннее начало антиретровирусной терапии, интенсивное выявление туберкулеза, соблюдение принципов инфекционного контроля (ИК) по ТБ в медицинских и других учреждениях и химиопрофилактика ТБ. Важная роль в проведении указанных мероприятий отводится правильной и скоординированной организации, целесообразному распределению функций и четкой преемственности в деятельности всех заинтересованных структур, прежде всего противотуберкулезных учреждений и Центров СПИД.

На всех 11 территориях Северо-Запада имеются врачи-фтизиатры, ответственные за ведение больных с сочетанной патологией, назначены территориальные координаторы, за исключением нескольких регионов. Прием больных активным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией осуществляется в противотуберкулезном учреждении в отдельном кабинете доверенным врачом или по участковому принципу (Калининградская область, республика Карелия, Санкт-Петербург). Госпитализация проводится преимущественно в общем потоке, исходя из принципа заразности пациента: наличия или отсутствия бактериовыделения и лекарственной устойчивости МБТ. В Санкт-Петербурге и Ленинградской области организованы отделения и стационары для больных с сочетанной патологией. Принципы ИК по ТБ выполняются во всех противотуберкулезных учреждениях и Центрах СПИД.

Основным методом выявления ТБ среди ЛЖВ, как и среди общей популяции является лучевое исследование, реже применяются гистологические и молекулярно-генетические методы. Охват обследованием на ТБ лиц, состоящих на диспансерном учете в Центрах СПИД всеми методами в целом по СЗФО в 2014 году составил — 77,8%, в Мурманской области — 63,2%, в Ленинградской области — 67%. Тестирование на ВИЧ впервые выявленных больных туберкулезом в противотуберкулезных учреждениях СЗФО в 2014 году проведено на 87,2%, в Псковской области — на 25%, в Ленинградской области — на 50%, в Вологодской области — на 66,7%.

На десяти территориях удельный вес ЛЖВ, охваченных ХП ТБ из числа подлежащих, в первой половине 2014 года составил 31,3%, в Ленинградской области — 12,1%, в Новгородской области и Республике Карелия — чуть более 20% (20,1 и 22,9% соответственно). Преимущественно используется (до 65%) рекомендуемая Национальной Ассоциацией Фтизиатров трехмесячная комбинация изониазида 5–10 мг/кг (Н) и пиразинамида 1,5 г (З), шестимесячный курс изониазида 5–10 мг/кг

применяется в 25%, трехмесячный режим комбинации изониазида 5 мг/кг и рифампицина 10 мг/кг (R) — в 5–6%.

Доказательной основой применения сочетания Н+З в целях химиопрофилактики ТБ среди ЛЖВ в течение трех месяцев явились результаты когортного проспективного исследования, проведенного в сравнении с приемом 6-месячного курса Н на базе Центра СПИД Ленинградской области с 2009 по 2014 год. Всего в исследование вошли 514 пациента: в первой группе были 298, во второй — 216 человек. Завершили химиопрофилактику туберкулеза — 390 пациентов (75,9%), не завершили — 124 человека (24,1%). В первой группе не завершили ХП ТБ — 76 человек (25,5%), во второй — 48 (22,2%). Основной причиной прекращения ХП ТБ был отрыв пациента от наблюдения, составивший в целом 12,5% или 64 человека, в первой группе — 12,1% или 36 человек, во второй — 13% или 28 пациентов. Выраженные нежелательные явления были установлены у 29 человек (5,6%): в первой группе — у 17 (5,7%), во второй — у 12 (5,6%) ($p>0,05$). Заболели туберкулезом всего 14 человек, что составило 3,6% от общего числа завершивших курсы химиопрофилактики: в первой группе — 6 человек (2,7%), во второй группе — 8 пациентов (4,8%) ($p>0,05$). Умерли от туберкулеза среди заболевших 3 человека (0,8%), все из первой группы.

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛИЦА И ТУБЕРКУЛЕЗ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Е.В.Зайцева, Н.Ю.Лебедева, А.К.Лавров
(Санкт-Петербург)*

В деятельности противотуберкулезного диспансера все большую актуальность приобретает работа с пациентами с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Цель: изучение особенностей выявления, лечения и ведения пациентов с различными стадиями иммунодефицита.

Материалы и методы. Противотуберкулезный диспансер № 5 Санкт-Петербурга обслуживает 859 тысяч населения, что составляет 16,5% населения пятимиллионного мегаполиса. С 2002 года в диспансере ведется статистический учет пациентов с использованием программы мониторинга туберкулеза, что позволяет получить информацию о пациентах, находящихся на диспансерном наблюдении. Изучены статистические данные наблюдения за пациентами туберкулезом и ВИЧ-инфекцией за 13 лет, с 2002 года по 2014 год включительно.

Результаты. К началу 2002 года на учете состояли 18 больных с ВИЧ-инфекцией и активным туберкулезом. В последующие годы ежегодно регистрировалось значительное увеличение случаев. К концу 2014 года среди больных активной формой туберкулеза более 27% имели сочетание с ВИЧ-инфекцией. На диспансерный учет в связи с активным туберкулезным процессом за эти 13 лет были поставлены 652 пациента с ВИЧ-инфекцией в разных стадиях, преимущественно с выраженной иммуносупрессией.

Каждые два из трех пациентов с сочетанной патологией — мужчины (75,8%). Только 13% больных имели работу до выявления у них активного туберкулеза.

В основном (83,5% случаев) туберкулез выявляли при обращении пациентов с жалобами или в общую лечебную сеть, или в противотуберкулезную службу, так как почти половина пациентов 297 (45,6%) побывала ранее в местах лишения свободы, имела там контакт по туберкулезу и понимает опасность развития туберкулеза при сниженном иммунитете. В основном это пациенты, не получавшие ранее антиретровирусной терапии (АРВТ) или после перерыва (652 человека). Структура клинических форм туберкулеза:

- инфильтративный туберкулез — 218 (33,4%);
- диссеминированный туберкулез — 258 (39,6%);
- туберкулез внутригрудных лимфоузлов — 129 (19,8%);
- фиброзно-кавернозный туберкулез — 13 (2,0%);
- очаговый туберкулез — 7 (1,1%);
- внегочный туберкулез — 27 (4,1%).

Более 95% пациентов — заразившиеся ВИЧ-инфекцией парентерально при введении наркотиков. В основном смерть наступала в связи с прогрессированием ВИЧ-инфекции: за период наблюдения умерли 314 (48,2%) пациентов. У 40,4% (127 больных) смерть наступала в течение первого года наблюдения, от года до двух лет наблюдались 96 пациентов (30,6%), от двух до трех лет — 42 (13,4%), от трех до пяти лет — 29 человек (9,2%). Более пяти лет от постановки на диспансерный учет до смерти наблюдали 20 пациентов (6,4%). Несмотря на то, что лечение в большинстве случаев осложнялось наркозависимостью, у 41,3% (269 больных) проведение адекватного курса противотуберкулезной терапии дало возможность перевести пациентов под наблюдение в третью группу учета.

Лучшая профилактика развития и распространения туберкулеза среди ВИЧ-позитивных лиц — это регулярные профилактические обследования, профилактическое лечение и главное — вовремя назначенная и начатая АРВТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

*В.С.Елисеева, С.П.Кругляк, Л.Ф.Скляр, Е.С.Махно
(Владивосток)*

Внедрение ВААРТ позволило считать ВИЧ-инфекцию управляемым заболеванием. Результаты изучения молекулярно-биологических свойств ВИЧ-1 открыли много новых аспектов в формировании лекарственной устойчивости, являющейся одной из основных причин неэффективности ВААРТ.

Материалы и методы. Было обследовано 53 пациента, ранее принимавшие ВААРТ в течение последних 1–8 лет. Вирусная нагрузка составляла от 2000 до 700 000 копий РНК/мл. Мутации резистентности выявляли методом секвенирования с помощью системы генотипирования ViroSeqTM HIV-1 Genotyping System (Abbott, США) и генетического анализатора AB 3500 (Applied Biosystems, США). Консенсусную последовательность сравнивали со Стенфордской базой данных.

Результаты. У всех пациентов выявлены мутации полиморфизма в генах протеазы и обратной транскриптазы. У 20 из них определены минорные мутации резистентности к ИП, среди которых преобладают L10I и A71V. У 3-х пациентов обнаружены основные мутации резистентности к ИП — M46I и G48GV. У 3-х пациентов были выявлены мутации к НИОТ, у 7 — к ННИОТ, при этом у 14 пациентов наблюдалось сочетание мутаций резистентности к препаратам НИОТ и ННИОТ. Количество одновременно выявляемых мутаций 1–7. Среди мутаций к НИОТ чаще выявляется M184V. Мутации резистентности к ННИОТ редко повторяются у различных пациентов. Чаще других встречаются K103N, V106M, Y181C. У 22-х пациентов (41,5%) не было выявлено мутаций резистентности.

Более чем у половины обследованных пациентов обнаруживалась резистентность хотя бы к одному классу ВААРТ. Первичные мутации резистентности к ИП выявляются редко, что обусловлено недостаточно большим периодом их применения и высоким генетическим барьером. Преобладают мутации резистентности к ННИОТ и НИОТ как к более часто назначаемым препаратам, резистентность к которым возникает быстро при нарушениях схем лечения.

ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*О.Н.Леонова, Е.В.Степанова, В.Г.Потапенко,
Н.Л.Смирнова, С.А.Звонцова (Санкт-Петербург)*

В Санкт-Петербурге наблюдается увеличение количества лиц с прогрессирующими стадиями, нередко с тяжелыми вторичными и сопутствующими заболеваниями. Возросло число больных, у которых ВИЧ-инфекция осложнилась развитием лимфопролиферативных заболеваний, прежде всего неходжкинских лимфом — 5,6% по сравнению с 0,015% в общей популяции. В классификации опухолей лимфоидной ткани (ВОЗ, 2008) ВИЧ-ассоциированные лимфомы выделены в отдельную подгруппу «Лимфопролиферативные заболевания, ассоциированные с иммунодефицитом».

С 2010 по 2014 год в стационаре Центра СПИД получили лечение 8448 пациентов с прогрессирующими стадиями ВИЧ-инфекции. Лимфопролиферативные опухоли были диагностированы у 1,6% (n=135) больных, из них с неходжкинскими лимфомами 1,4% (n=118), с лимфомами Ходжкина (ЛХ) 0,2% (n=17) пациентов. Из 135 больных мужчины составили 59%, женщины — 41%, средний возраст $\pm 36,5$ лет. Для ВИЧ-ассоциированных лимфом характерен быстрый рост опухоли и наличие симптомов: необъяснимая лихорадка, ночное повышенное потоотделение, необъяснимое уменьшение массы тела более 10% от нормальной. Поражение костного мозга было диагностировано у 25–40% пациентов, желудочно-кишечного тракта — у 26%. Вовлечение в опухолевый процесс ЦНС у ВИЧ-инфицированных регистрировалось у 12–57% больных. В 40% случаев ВИЧ-ассоциированных лимфом, выявлялся онкогенный вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ) (вирус герпеса 4 типа). Почти у всех больных первичной лимфомой ЦНС и лимфомой Ходжкина определялся ВЭБ; он обнаруживался как в крови (при помощи количественной ПЦР), так и в спинномозговой жидкости. Часто при ВИЧ-ассоциированных лимфомах выявляют ассоциацию двух вирусов: ВЭБ и вируса герпеса 8-го типа. Нами установлено, что у пациентов с меньшим количеством CD4-лимфоцитов ($35,6 \pm 0,24$ клеток/мкл) наиболее часто была диагностирована первичная лимфома ЦНС, в то же время у ВИЧ-инфицированных пациентов с более высоким уровнем CD4-лимфоцитов ($162,3 \pm 0,74$ клеток/мкл) выявляют ЛХ и лимфому Беркитта. Прогностическое значение у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет количество CD4-положительных лимфоцитов. В связи с тем, что гистологическая диагностика ВИЧ-ассоциированных лимфом имеет определенные особенности, гистологический материал необходимо отправлять на исследование только в специализированные патогистологические лаборатории. Проведение адекватной химиотерапии позволяет полностью вылечить от гемобластоза большинство больных с ВИЧ-ассоциированными лимфомами, но особенности клинической картины, высокий риск развития инфекционных и неинфекционных осложнений требуют дальнейшего изучения и слаженного взаимодействия гематолога (онколога) и специалиста по лечению ВИЧ-инфекции.

РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЦЕНТРА СПИДА

*О.Н.Леонова, Е.В.Степанова, Н.Л.Смирнова,
А.С.Шеломов, С.А.Звонцова (Санкт-Петербург)*

В Санкт-Петербурге за последние три года увеличилось количество пациентов с прогрессирующими стадиями ВИЧ-инфекции, с тяжелыми вторичными и сопутствующими заболеваниями. Более 50% пациентов с ВИЧ-инфекцией нуждаются в своевременном оказании медицинской и социальной помощи,

а также в паллиативной помощи. В настоящее время паллиативная помощь пациентам с ВИЧ/СПИДом оказывается на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 сентября 2007 г. № 610. Третье инфекционное отделение стационара Центра СПИД предназначено для оказания квалифицированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным. Отделение рассчитано на 59 коек. В составе отделения выделены и функционируют 25 коек паллиативной медицины (хоспис), 2 — инфекционно-хирургические, 32 — общинфекционные койки для больных с ВИЧ-инфекцией. В 2012 году пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, было 51% от числа пролеченных в отделении, а в 2014 году они составили 61,5% от числа прошедших стационарное лечение в этом отделении. При рассмотрении динамики распределения больных в возрастных группах обращает на себя внимание общая тенденция к уменьшению числа молодых пациентов до 20 лет — от 10,8 до 2,3%. Доля больных в категории 21–30 лет уменьшается с годами в пределах 56,1–20,3%, прирост отмечается в возрастной категории 31–40 лет (19,5–36,7%), старше 40 лет наблюдается резкое увеличение количества пациентов с 13,6 до 40,7%. Также представляет особые трудности назначение антиретровирусной терапии пациентам более старшего возраста, особенно при лечении сопутствующей патологии и необходимости учета межлекарственных взаимодействий. Течение ВИЧ/СПИДа разнообразно и непредсказуемо, с широким спектром возможных осложнений, различной скоростью прогрессирования заболевания и продолжительностью жизни пациентов. Койки, выделенные в 3-м отделении паллиативной медицины, предполагают занять наиболее тяжелыми больными с более длительным сроком госпитализации. Средний койко-день в отделении составляет — 27,2. В среднем за три последних года в отделении паллиативной медицины умерли 4,6% больных с тяжелым течением ВИЧ-инфекции, из которых более 60% страдали микст-инфекциями, что осложняло диагностику и лечение этих пациентов. Больные с диагностированным туберкулезом были переведены в специализированные учреждения. В связи с возрастающим количеством пациентов в тяжелых стадиях ВИЧ/СПИДа появляется необходимость оказания медицинской помощи на дому. Актуальным вопросом остается разработка единых методологических подходов в области паллиативной медицинской помощи для пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА APRI В СКРИНИНГЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Х.П.Насырова, Н.С.Атабеков, Д.А.Мустафаева
(Ташкент, Республика Узбекистан)*

На сегодняшний день заболеваемость вирусным гепатитом С у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет тенденцию к росту. Необходимость проведения терапии гепатита С появилась в результате успешного использования высокоактивной антиретровирусной терапии, которая позволила значительно снизить смертность среди ВИЧ-инфицированных пациентов. В 2003 году американскими учеными был разработан простой неинвазивный расчетный тест-индекс соотношения аспартат-аминотрансферазы к числу тромбоцитов так называемый индекс APRI (Aspartate-aminotransferase-to-Platelet Ratio Index), рассчитываемый по формуле: $APRI = (ACT / (\text{верхний предел } ACT)) \times 100 / \text{тромбоциты} (10^9/\text{л})$. Если значение индекса больше 1,0, то вероятность наличия фиброза велика, если меньше 0,5, то с большой вероятностью можно утверждать об отсутствии фиброза и тем более — цирроза.

Цель данной работы: использование индекса APRI у ВИЧ-ВГС-пациентов с целью определения дальнейшей углубленной диагностики и проведения специфической терапии вирусного гепатита С.

Материалы и методы. Было обследовано на вирусный гепатит С серологическим методом с использованием тест-системы OraQuick® 2115 ВИЧ-позитивных пациентов. Все пациенты состояли на диспансерном учете в Ташкентском городском центре по борьбе со СПИДом и были обследованы с декабря 2014 года по февраль 2015 года. У 561 (26,5%) пациента диагностирован положительный серологический ответ на ВГС.

Результаты. Из 561 серопозитивного пациента была выделена группа из 116 (20,6%) пациентов. Критерий отбора: возраст от 18 до 50 лет, приверженность к АРВ-терапии, положительные иммунологические и вирусологические ответы на АРВ-лечение, неактивные потребители внутривенных инъекционных наркотиков. Был произведен расчет индекса APRI с использованием двух элементарных параметров — значения лабораторных анализов крови на АСТ и количества тромбоцитов, взятых из амбулаторных карт пациентов. Пациенты этой группы были поделены на две подгруппы: группа 1 — 37 (33,6%) пациентов имели значение индекса APRI более 0,5, группа 2 — 79 (69,4%) пациентов имели значение APRI менее 0,5. Пациентам группы 1 было рекомендовано проведение дальнейших исследований: подтверждение диагноза методом качественного определения, определение вирусной нагрузки, генотипирование и эластография. Пациенты группы 2 оставлены под наблюдением. Таким образом, в настоящее время проблемы ранней диагностики, изучения особенностей течения, и разработка критериев к проведению специфической терапии приобретают особую актуальность и требуют внедрения новых возможных методов диагностики. Особую ценность представляют доступные, неинвазивные и легкие методы для оценки и прогноза течения пациентов с коинфекцией. Расчет индекса APRI может быть использован в качестве подобного теста для скрининга. Достоверность его не очень высока, но тест позволяет делать предварительную грубую оценку наличия выраженного фиброза печени и особенно — цирроза, не прибегая к биопсии печени, а также для проведения дальнейшей диагностики и лечения вирусного гепатита С.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ И РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*О.В.Пантелеева, А.В.Кравченко, А.Я.Мустафаева
(Санкт-Петербург)*

Рост числа ВИЧ-инфицированных пациентов приводит к увеличению риска заражения медицинских работников при исполнении профессиональных обязанностей. Средняя вероятность заражения ВИЧ-инфекцией при повреждении кожных покровов инструментом со следами крови, содержащей вирус, составляет — 0,3%, при контакте слизистой поверхности с биологическими жидкостями, содержащими вирус, — 0,1%. Основной причиной травматизма является несоблюдение техники безопасности при работе с острыми инструментами (надевание колпачка на иглу, снятие рукой иглы со шприца и т. п.), а также несоблюдение медработниками правил безопасности для защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с биоматериалом (неиспользование барьерных средств защиты, проведение различных манипуляций медработниками с микротравмами рук).

Результаты исследования. В период с января 2014 года по август 2015 года в Санкт-Петербургский Центр СПИД в связи с получением профессиональной травмы обратились 442 медицинских работника. Большинство обратившихся — женщи-

ны (72,4%), что объясняется преимущественным привлечением именно женщин в качестве среднего медицинского персонала.

С профессиональными травмами чаще обращается средний медицинский персонал — 57%, (реже врачи — 32% и младший медицинский персонал — 11%), вследствие преобладания общей численности и большего риска травматизации, так как имеет непосредственный контакт с пациентом и выполняет манипуляции (осуществление внутривенной и внутримышечной инъекций, перевязки и др.). Подавляющее большинство травмированных медицинских работников находятся в фертильном возрасте, что является дополнительной угрозой распространения ВИЧ-инфекции, так как они могут быть источником вируса для близкого окружения и реализовать половой и перинатальный путь передачи. Чаще травмировались сотрудники стационаров: многопрофильных — в 58,1% случаев и специализированных — 14,9%. По характеру травмы лидировали ситуации с нарушением целостности кожных покровов — 91,6%: в этой группе преобладали проколы (79,9% всех контактов). При обращении в Центр СПИД в 36,2% случаев ВИЧ-статус пациентов был положительным, в 11,1% случаев — отрицательным, в 4,3% — подозрительным (то есть со слов пациента, без лабораторного подтверждения). Пациенты не были обследованы на ВИЧ-инфекцию по разным причинам в 48,4% контактов. АРВТ в качестве профилактики передачи ВИЧ была назначена в 319 случаях, 40 медицинских работников отказались от приема АРВТ, в 83 случаях профилактика не была назначена по причине нецелесообразности из-за позднего обращения медицинских работников (более 72 часов с момента травмы) и низкого риска заражения.

В ходе проведенного исследования было установлено: с профессиональной травмой, сопровождающейся риском инфицирования ВИЧ, чаще обращались медицинские сестры терапевтических отделений многопрофильных стационаров. Наиболее распространенными являлись ситуации, приведшие к нарушению целостности кожных покровов, а именно — уколы полыми иглами при проведении внутривенных инъекций. Треть медицинских работников имели контакт с биологическими жидкостями пациентов с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика передачи ВИЧ была назначена более чем в 70% случаев.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

*О.В.Пантелеева, А.В.Кравченко, З.М.Тотрова,
С.А.Пантелеева (Санкт-Петербург)*

При заболеваемости туберкулезом в Санкт-Петербурге ниже средних показателей по РФ и численности больных туберкулезом около 5000 человек за последние пять лет было зарегистрировано большое количество новых случаев сочетанной инфекции ВИЧ+ТБ (600–850 человек в год). В течение года на территории города находятся около 2500 больных ВИЧ+ТБ.

Цель исследования: определить количество и характеристику ВИЧ-инфицированных контингентов, нуждающихся в химиопрофилактике туберкулеза в Санкт-Петербургском Центре СПИД.

Материалы и методы. В работе проводился ретроспективный эпидемиологический анализ с использованием компьютерной программы Excel, оценивались данные учетных форм 263-у/ТВ за 2013 и 2014 годы (всего 1645 случаев), использовались базы данных персонафицированного учета ВИЧ-инфицированных лиц, а также были включены данные амбулаторных медицинских карт.

Результаты исследования. В лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга были выявлены 80% (1320 случаев) сочетанной патологии, 20% (325 случаев) — в УФСИН России. Подавляющим большинством являются неработающие

мужчины в возрасте 30–39 с опытом парентерального употребления наркотиков. В УФСИН хотя бы однократно находились более 60% пациентов с ВИЧ+ТБ, из них у 20% ВИЧ+ТБ впервые выявлены в УФСИН. При установлении путей передачи ВИЧ было выяснено, что в подавляющем большинстве случаев пациенты заразились ВИЧ-инфекцией при парентеральном употреблении наркотиков — 70,9%, 14,7% пациентов заразились половым путем, 0,2% — перинатальным, у 14,2% путь инфицирования не установлен. На диспансерном наблюдении в Санкт-Петербургском Центре СПИД состоит 930 пациентов, 390 пациентов (29,5%) с диагнозом ВИЧ+ТБ так и не встали на учет в Центре СПИД. Только 44,8% пациентов с ВИЧ+ТБ регулярно посещают Центр. Были в Центре СПИД однократно (при постановке на диспансерный учет) 22,5% больных, 32,7% посещают его периодически. Анализ территориальной принадлежности пациентов с ВИЧ+ТБ дал следующие результаты: 1,3% являются иностранными гражданами, 12,8% проживают в других регионах РФ, 6,4% — лица БОМЖ, 79,5% — жители Санкт-Петербурга (по данным ПТД, до 15% из них имеют временную или просроченную регистрацию и 10–15% зарегистрированы по несуществующим или нежилым адресам). У 24,7% пациентов туберкулез был выявлен одновременно с ВИЧ-инфекцией, у 2,3% — до выявления ВИЧ-инфекции, у 73% — после выявления ВИЧ-инфекции. На момент выявления туберкулеза у 1307 пациентов были поздние стадии ВИЧ-инфекции: 4А — у 57 пациентов (4,3%), 4Б — у 423 пациентов (32%), 4В — у 797 пациентов (60,4%), 5 стадия — у 30 пациентов (2,3%).

Таким образом, необходимо: уделить особое внимание профилактике туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц в УФСИН, разработать подходы к профилактике туберкулеза вне территориальной привязки пациентов к лечебному учреждению (у внутренних и внешних мигрантов), рассмотреть возможность использования краткосрочных эффективных схем химиопрофилактики для наркопотребителей, а также активизировать поиск мер предупреждения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов вне химиопрофилактики (более 30% заболевших пациентов не были охвачены химиопрофилактикой по объективным причинам).

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ТУБЕРКУЛЕЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

О.А.Пасечник, В.Л.Стасенко, Е.В.Матущенко (Омск)

В РФ наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости населения туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: характеристика эпидемиологических проявлений туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией на территории Сибирского федерального округа (СФО) в 2014 году.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные информационных бюллетеней ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Были использованы наблюдательные дескриптивные методы эпидемиологического исследования.

Результаты. Эпидемиологическая ситуация в СФО в 2014 году характеризовалась выраженной тенденцией к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией (Тпр.=+7,7%) и умеренной тенденцией к снижению заболеваемости туберкулезом (Тсн.=–1,62%). Заболеваемость населения туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией составила 16,9 на 100 тысяч населения (в РФ — 7,3). Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в Кемеровской (27,1), Иркутской (26,2), Новосибирской (19,6) областях, Алтайском крае (21,1). Распространенность

туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией, являлась одной из самых высоких в России (в СФО — 39,7, в РФ — 17,5 на 100 тысяч населения) — в Иркутской (91,8), Кемеровской (68,1) областях, Алтайском крае (43,5 на 100 тысяч населения). Смертность населения от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в СФО составила 28,9 на 100 тысяч населения (в РФ — 14,7). Неблагоприятные исходы чаще наблюдались в Иркутской (42,5), Новосибирской (39,1), Кемеровской (38) областях.

В целях выявления туберкулеза обследовано 83,5% больных с ВИЧ-инфекцией, показатель выявляемости — 27,3 на 1000 обследованных; в том числе в Новосибирской (46,8), Омской (38,8) областях, Красноярском крае (33,9).

В 2014 году территория СФО характеризовалась высоким уровнем заболеваемости, распространенности и смертности населения от туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОЛУТЕГРАВИРА У ПАЦИЕНТОВ, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ 96 НЕДЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЙ SPRING-2 И FLAMINGO У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.Г.Рахманова, О.Н.Леонова, Е.К.Букин, А.М.Басова,

Д.Браун, С.Альмонд, А.Аултт, С.Брэннан

*(Санкт-Петербург, Россия; Лондон, Великобритания;
Северная Каролина, США)*

В исследованиях SPRING-2 и FLAMINGO оценивали эффективность и безопасность долутегравира (DTG) в сравнении с другими антиретровирусными препаратами у взрослых пациентов, инфицированных ВИЧ-1, ранее не получавших антиретровирусную терапию, на протяжении 96 недель. В данном анализе представлены основные результаты эффективности и безопасности, полученные у пациентов, наблюдаемых в исследовательских центрах России.

Материалы и методы. SPRING-2 — исследование III фазы по оценке степени эффективности DTG 50 мг 1 раз в сутки по сравнению с ралтегравиром (RAL) 400 мг 2 раза в сутки. FLAMINGO — открытое исследование IIb фазы по оценке эффективности DTG 50 мг 1 раз в сутки по сравнению с дарунавиром/ритонавиром (DRV/r) 800/100 мг 1 раз в сутки. В обоих исследованиях врачом-исследователем выбиралась основа НИОТ (ABC/3ТС или TDF/FTC). Первичной конечной точкой в обоих исследованиях была доля пациентов с уровнем РНК ВИЧ-1 менее 50 копий/мл на 48-й неделе, определенная методом одномоментного анализа FDA.

Результаты. В исследованиях SPRING-2 и FLAMINGO число пациентов, отобранных в российских центрах, составило 9% (76/808) и 4% (18/484) соответственно (m-ITT-E). В каждом исследовании в качестве нуклеозидной основы российские пациенты получали ABC/3ТС. В SPRING-2 доля пациентов с уровнем РНК ВИЧ-1 менее 50 копий/мл через 96 недель составила 73% и 67% для групп DTG и RAL соответственно (СР 3,2%, 95% ДИ: 16,2%, 22,7%). Доля пациентов с вирусологической неудачей была ниже в группе DTG по сравнению с RAL (8% и 18% соответственно), а частота прерывания лечения по другим причинам была выше в группе DTG (16% и 10%). В исследовании FLAMINGO на 96-й неделе вирусологическая эффективность была достигнута у 4-х из 6 пациентов, получавших DTG, и у 8 из 12 в группе DRV/r. У российских пациентов, получавших DTG, не было выявлено мутаций резистентности, связанных с применением АРВТ.

В исследовании SPRING-2 у 6 (16%) и у 9 (23%) российских пациентов, получавших DTG и RAL соответственно, отмечены нежелательные явления (НЯ), связанные с применением исследуемых препаратов. Наиболее частыми НЯ, связанными с применением исследуемых препаратов, были тошнота, головокружение

и головная боль. В редких случаях НЯ привели к прерыванию терапии (у одного пациента (3%) в группе DTG и у 2 (5%) в группе RAL). В исследовании FLAMINGO 3 пациента испытали НЯ, связанные с приемом исследуемых препаратов (все 1-й степени тяжести). Серьезные НЯ были отмечены у 3-х пациентов, 2 из которых в результате этого прерывали терапию (один в группе DTG, один в группе DRV/r).

Результаты исследований, полученные у участников из российских исследовательских центров, подтверждают эффективность и безопасность DTG 50 мг 1 раз в сутки у пациентов без опыта АРВТ. В обоих исследованиях DTG показал сопоставимую эффективность с препаратами сравнения на протяжении 96 недель. Серьезные и связанные с прерыванием терапии НЯ были зафиксированы у малого числа пациентов. Результаты данного анализа должны интерпретироваться с осторожностью ввиду малого числа пациентов в подгруппе из России.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ В ДИСКОРДАНТНЫХ ПАРАХ

*Ш.К.Сармулдаева, И.А.Мельников
(Алматы, Республика Казахстан)*

Количество дискордантных пар в Казахстане продолжает расти прямо пропорционально увеличению уровня ВИЧ-инфекции. В связи с этим возникла необходимость проведения исследования заболеваемости ВИЧ в таких парах.

Материалы и методы. За период с сентября 2013 по сентябрь 2015 года в исследуемую группу было включено 160 человек: 80 мужчин и 80 женщин. 1-я группа: 40 женщин ВИЧ «+», 40 мужчин ВИЧ «-». 2-я группа: 40 женщин ВИЧ «-», 40 мужчин ВИЧ «+». Исследуемые пары находились либо в официальном браке, либо в гражданском браке с нерегулярным использованием методов предохранения от ИППП. 27 (71%) ВИЧ «-» мужчин ранее перенесли операцию циркумизия. Каждые три месяца у ВИЧ «-» исследуемых делался забор крови для исследования методом ИФА на ВИЧ. При каждой явке парам было рекомендовано использование презервативов.

Результаты. За 24 месяца наблюдений из 40 ВИЧ «-» женщин подверглась инфицированию 31 женщина (77,5%). Из 40 ВИЧ «-» мужчин инфицировались 11 (27,5%). При этом в группе ВИЧ «-» женщин, 21 ВИЧ «+» партнер (52%) принимали АРТ и их вирусная нагрузка была минимальна. В группе ВИЧ «-» мужчин, 16 ВИЧ «+» партнерш (40%) принимали АРВТ.

Женщины подвержены инфицированию половым путем в три раза больше, чем мужчины, несмотря на применение АРВТ у ВИЧ «+» партнеров. Возможно, это связано с анатомическими особенностями женской половой системы и большой площадью слизистой влагалища, в структуре которой находятся тучные клетки, которые захватывают вирус иммунодефицита и несут его в лимфатические узлы, где он и размножается. У мужчин же тучные клетки в основном находятся на слизистой крайней плоти полового члена, что по площади намного меньше, чем слизистая влагалища. Таким образом, сокращается риск инфицирования при соблюдении правил гигиены после полового акта. Операция циркумизия также сокращает количество тучных клеток на крайней плоти, что, по данным литературы и нашим данным, снижает риск инфицирования ВИЧ на 20%.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБСУЖДЕНИЯ В ГРУППЕ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ВААРТ (ШКОЛА ПАЦИЕНТА)

*Л.А.Сеньковски, О.В.Кольцова, А.В.Гайсина, В.В.Рассохин
(Санкт-Петербург)*

Каждую неделю в Санкт-Петербургском Центре СПИД 50—70 человек начинают АРВТ. Психологи не могут обеспечить

консультациями по АРВТ всех пациентов, количество которых растет. Проведение «однотипных» консультаций не件зно для психологов, так как приводит к выгоранию и снижению качества консультаций. Применение же методов групповой работы на «Школе пациента» (ШП) повышает мотивацию и вовлеченность пациентов в решение вопросов лечения.

Материалы и методы. Анкетирование и наблюдение. 105 анкет, заполненных перед занятием, 50 — с обратной связью.

Результаты и обсуждение. Данные анкетирования содержат информацию о широком спектре социально-демографических различий, принадлежности к разным социальным группам, в том числе 10% — МСМ, 49% с опытом ПИН. Исходный уровень осведомленности тоже разный: 1/3 не имеют четких представлений о рисках передачи ВИЧ, и только половина участников знает о профилактической роли АРВТ. А между тем, профилактика передачи ВИЧ является мощным мотивирующим на прием АРВТ фактором для многих наших пациентов. Формат ШП позволяет выполнить и образовательные задачи, и психологические — группа дает поддержку и стимулирует изменения. Личная заинтересованность и активность участников создают условия для более полного и живого освещения разных аспектов АРВТ и обсуждения профилактики передачи ВИЧ партнеру. При поддержке группы людям легче делиться сомнениями и открыто обсуждать сложности. Обычно участники благодарно реагируют на группу. Анализ анкет обратной связи показал в целом высокую удовлетворенность присутствием и интерес к другим участникам.

Проект «Школа пациента» позволяет качественно информировать пациентов по вопросам ВИЧ и АРВТ; групповые процессы помогают формировать позитивное отношение к лечению, ответственное отношение к партнерам, снижают самостигматизацию. Анкетирование и наблюдение показывают, что участники благодарно реагируют на информацию, предоставляемую на ШП, и отмечают ценность самой группы, то есть вклад других участников. Учитывая важность формирования именно культуры приема АРВТ, приоритетный выбор ШП очевиден.

ЗНАЧЕНИЕ ВНЕШНЕЙ МИГРАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Е.М.Тихонова, Н.А.Бембева, О.В.Пантелева,
В.А.Васильева, Т.С.Курпьянова (Санкт-Петербург)*

Ежегодно в Санкт-Петербург приезжает большое количество мигрантов из разных стран мира. В 2014 году 14% новых случаев ВИЧ-инфекции выявлено у иностранных граждан.

Материалы и методы. В исследовании использовались данные 2012—2014 годов базы учета выявленных на территории Санкт-Петербурга ВИЧ-инфицированных лиц. Учет и статистическая обработка были проведены с использованием компьютерного обеспечения PASW Statistics 22.

Результаты. В 2014 году 63% всех новых случаев ВИЧ-инфекции среди иностранцев выявлены при оформлении миграционных документов, в 63,3% и 67,7% в 2013 и 2012 году соответственно. В половой структуре преобладают мужчины: 79% в 2014 году, 77% в 2013 году, 78% в 2012 году. Как среди мужчин, так и среди женщин чаще выявляются ВИЧ-инфицированные люди в возрасте 30—39 лет. В 2012 году на первом месте были мигранты из Узбекистана (48,3%), на втором месте — граждане Украины (19,4%), на третьем — Таджикистана (8%). В 2013 году перемен не было. Ситуация поменялась в 2014 году: первенствовали мигранты из Украины (29,8%), граждане Узбекистана составили 28,5%, далее граждане Молдовы — 12,4%. 30 граждан Украины оформили свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ и наблю-

даются в Центре СПИД Санкт-Петербурга, 16 из них получают АРВТ. В большинстве случаев путь инфицирования у ВИЧ-положительных мигрантов из-за недоступности проведения эпидемиологического расследования неизвестен (в 2014 году таких мигрантов — 91,4%, в 2013 году — 87%, в 2012-м — 92,1%).

Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных внешних мигрантов выявляются при оформлении миграционных документов. Среди них преобладают жители постсоветского пространства: изменение политической ситуации в 2014 году привело к увеличению потоков из Юго-Восточной Европы. Возрастно-половая структура приезжих не отличается от характеристик жителей Санкт-Петербурга.

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Г.Е.Ураева, Р.В.Скоцилов, А.В.Шаболтас,
Т.В.Красносельских (Санкт-Петербург)*

Задача профилактики ВИЧ/СПИДа давно вышла за рамки медицинского подхода и требует комплексного решения. Активно развиваемое на Западе направление дистантной профилактики ВИЧ-инфекции доказывает перспективность использования интернет-пространства в качестве профилактического ресурса.

Материалы и методы. Нами был проведен обзор публикаций по теме вторичной профилактики ВИЧ-инфекции с целью определения наиболее эффективных технологий, которые могут быть положены в основу дистантной превентивной программы для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в Санкт-Петербурге.

Результаты. В настоящее время актуальной задачей является разработка комплексных превентивных программ, повышающих качество жизни ЛЖВ и снижающих риск дальнейшего распространения вируса. Эта задача может быть решена путем разработки поведенческих программ, включающих компоненты обучения навыкам менее рискованного сексуального поведения, снижения уровня переживаемого психологического дистресса и повышения приверженности к лечению. При разработке таких интернет-программ необходимо использовать как преимущества традиционных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции, так и возможности, предоставляемые сетью интернет.

На основе доказавших свою эффективность технологий дистантной профилактики ВИЧ-инфекции разрабатывается комплексная профилактическая онлайн-программа, доступная для широкой аудитории ЛЖВ, и на основе рандомизированного контролируемого исследования будет произведена первичная оценка ее приемлемости и эффективности.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РИСКИ И БАРЬЕРЫ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*А.В.Шаболтас, Р.В.Скоцилов, Г.Е.Ураева, М.Дж.Чаффин,
Т.Н.Балашова (Санкт-Петербург, Россия;
Джоржия, Оклахома, США)*

Всемирная организация здравоохранения считает прекращение распространения эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста важнейшей задачей, особенно актуальной для России. Скрининг населения на ВИЧ-инфекцию с целью оценки эпидемической ситуации является первым этапом разработки эффективных программ профилактики ВИЧ-инфекции в общей популяции.

Материалы и методы. Задачами исследования являлись: проведение рандомизированного экспериментального сравнения двух подходов к тестированию на ВИЧ: в форме исключи-

тельного выбора (opt-in) и множественного выбора (opt-out), оценка распространенности рискованных форм поведения и выявление установок и барьеров, которые влияют на принятие решения о тестировании на ВИЧ. В исследовании приняли участие 421 женщина из общей популяции.

Результаты. Основными показателями рискованного поведения молодых женщин в изученной выборке являлись: употребление алкоголя, особенно перед вступлением в сексуальный контакт, и нерегулярное использование презервативов. Наиболее распространенными барьерами, препятствовавшими прохождению обследования на ВИЧ, были нехватка времени, недооценка персонального риска заражения и отсутствие информации о существующих возможностях прохождения тестирования.

Необходимо создавать такие условия для проведения тестирования на ВИЧ, которые снижали бы воздействие барьеров и повышали мотивацию женщин к тестированию.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ТРАВМИРОВАНИИ ЛЮДЕЙ ОБЕЗЬЯНАМИ

*Н.Я.Щербак, И.А.Антипина, И.М.Улюкин, Н.В.Андреева,
Е.С.Орлова (Санкт-Петербург)*

Проблема возможных путей передачи обезьяньих ретровирусов человеку в свете расширения международных контактов и развития туризма представляется актуальной.

Материалы и методы. Отчет Городского антирабического центра (далее Центр) за 2013–2015 года и анализ нормативных документов по обследованию обезьян на инфекционную патологию.

Результаты. В 2012–2013 годы и ранее отчет по видам животных, нанесших травмы людям, в Центре не проводился. В последующем был проведен анализ по видам животных. Так, в 2014–первой половине 2015 года количество людей, укушенных обезьянами, составило 45/39 человек соответственно, или 0,007/0,012% от общего числа лиц, обратившихся в Центр за медицинской помощью. Вероятно, что ситуация в целом по городу не отражена, так как не все пострадавшие обращались за медицинской помощью, либо обращались в другие медицинские структуры, где подобный статистический анализ не предусмотрен. Укусы были произведены в верхние конечности — 28/26 случаев, в нижние — 13/11, в голову и шею — 4/2; они были неглубокими и единичными.

При оказании медицинской помощи пострадавшим Центр руководствовался положениями Приказа МЗ РФ № 297 от 07.10.1997 г, Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 54 от 06.05.2010 г. и Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 537-р от 01.09.2009 г.

Если укус произошел в зарубежных странах пребывания пострадавшего, то он получал курс вакцинации против бешенства по месту травмирования. В нашем городе обезьяны кусали людей как в контактных зоопарках, так и при нахождении в личном пользовании у фотографов. В этом случае за животными устанавливалось наблюдение в течение 10 дней, обследование на бешенство не проводилось. После завершения курса вакцинации пострадавшие в Центр не обращались. Руководящими документами обследование пострадавших людей и животных на ретровирусы обезьян не предусмотрено.

Работа по медицинскому обеспечению людей, травмированных обезьянами, проводится в соответствии с требованиями руководящих документов. Новые диагностические инструменты и технологии будут способствовать заблаговременному предупреждению инфицирования человека обезьяньими ретровирусами.