

таются уязвимой группой по риску заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Цель нашего исследования заключалась в определении факторов риска заражения ИППП у офицеров морского торгового флота.

Материалы и методы. Объектом исследования была профессиональная группа россиян — лиц мужского пола (23 чел.), совершающих контрактные торговые морские перевозки на судах под флагами иностранных государств. Возраст анкетированных составил от 30 до 45 лет. Большая часть опрошенных мужчин были женаты (78%), холосты (18%), состояли в гражданском браке (4%).

Проводилось социометрическое исследование методом анонимного анкетирования по изучению факторов риска заражения инфекциями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцией, и информированности офицеров гражданского флота по вопросам профилактики ИППП.

Результаты. Изучение образа жизни и факторов рискованного поведения показало, что у 83% респондентов за последние 6 месяцев был половой контакт только с одним проверенным партнером; у 4% — с 5 постоянными партнерами, 9% — отвечать отказались. Используют презервативы постоянно 26% опрошенных офицеров, 9% — почти всегда, 22% — иногда, 43% — не используют. Следует отметить, что из 65% опрошенных лиц, нерегулярно использующих барьерные методы контрацепции, в 61% случаев это были женатые мужчины, имеющие одного постоянного полового партнера. Опыт употребления психоактивных веществ имели 9% респондентов. Алкоголь употребляли несколько раз в неделю — 9%, реже одного раза в неделю — 48%, остальные — не употребляли. На перенесенные в прошлом ИППП указали 9% респондентов.

Элементарные знания офицеров о возможных путях передачи ВИЧ-инфекции представлены следующей структурой ответов: 48% считают, что отсутствие сторонних половых связей снижает риск заражения ВИЧ-инфекцией (13% затруднились ответить); 4% не знают, возможно ли заразиться ВИЧ-инфекцией при повторном использовании необеззараженных шприцев (30% затруднились ответить); 9% отрицают возможность заражения ВИЧ-инфекцией при оральном сексе; 13% не знают, есть ли связь между количеством половых партнеров и риском возникновения ВИЧ-инфекции (30% затруднились ответить). Отрицают рост риска заражения ВИЧ-инфекцией при имеющихся ИППП 13% опрошенных (18% затруднились ответить); 4% отрицают возможность передачи ВИЧ-инфекции от зараженной беременной матери ребенку. При этом 65% опрошенных не имеют доступа на рабочих местах к изданиям санитарно-просветительной направленности по профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции (брошюры, буклеты, памятки).

Установлено, что имеются недостатки в доступности обследования на ВИЧ-инфекцию: 17% респондентов не обследо-

вались при приеме на работу, 13% указали на невозможность пройти обследование, 13% не знают о наличии такой возможности; 18% не обследовались на ВИЧ-инфекцию за последние 12 месяцев.

Заключение. Выявлена группа офицеров (9–13%), имеющая рискованные практики в отношении ИППП, ВИЧ-инфекции, алкоголя, наркотиков. Установлен невысокий риск инфицирования ИППП только у офицеров, имеющих семьи. Установлена низкая информированность по проблеме, и необходимость повышения уровня знаний по профилактике заражения ИППП и ВИЧ-инфекцией у всех участников исследования.

Вопросы ранних этапов противовирусной терапии ВИЧ-инфекции

М.В.Ветрова, Р.Хеймер, О.В.Александрова, А.Е.Пащенко, С.Э.Торопов

(Санкт-Петербург, Россия; Нью-Хейвен, США)

Решение о назначении препаратов антиретровирусной терапии (АРВТ) принимается врачами-инфекционистами в соответствии с руководством по назначению АРВТ на основании медицинских показаний и состояния здоровья пациента. Задержка в назначении может быть связана с наличием сопутствующих оппортунистических инфекций, что обуславливает угрозу возникновения воспалительного синдрома иммунного восстановления и нежелательных токсических явлений. Кроме того, назначение АРВТ может быть отсрочено в связи с опасением врачей низкой приверженности к лечению у пациентов, активно употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), или наличия другого рискованного поведения.

Цель исследования — оценить количественное соотношение ВИЧ-инфицированных пациентов, начавших АРВТ после ее назначения, удержавшихся в терапевтическом режиме и достигших оптимальной приверженности в течение 6 месяцев после начала терапии, и факторы, влияющие на успешные исходы лечения на начальных этапах антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Проведено обсервационное проспективное исследование с участием 100 ВИЧ-инфицированных испытуемых, которым впервые назначены препараты АРВТ. В исследование не включались пациенты при наличии манифестных форм когнитивных расстройств, младше 18 лет, а также отказавшиеся от предоставления исследователям информации из медицинских карт. Скрининг участников проводился врачами-инфекционистами после получения согласия на начало терапии. До начала приема АРВТ участники прошли телефонное структурное интервью.

В ходе интервью у пациентов была собрана следующая информация: социодемографические данные; время, затраченное на дорогу от дома до Центра СПИД; раскрытие ВИЧ-статуса; общее состояние здоровья; обращение за медицинской помощью; взаимоотношения между врачом и пациентом; прогноз пациента о приверженности; самоэффектив-

ность в отношении АРВТ; внутренняя и внешняя стигматизация; статус психического здоровья; употребление алкоголя и наркотиков (ПАВ) за последние 12 месяцев и ведение здорового образа жизни. Если участник не начал прием препаратов АРВТ или прекратил лечение в течение 6 месяцев после начала, проводилось второе телефонное интервью для установления причин отказа от лечения.

Из медицинских карт пациентов была собрана информация об анамнезе ВИЧ-заболевания (длительность заболевания, путь заражения); лабораторные данные в день включения и через 6 месяцев (количество CD4-лимфоцитов, вирусная нагрузка, показатели биохимического и клинического анализа крови); коморбидные и сопутствующие заболевания (расстройства, связанные с употреблением ПАВ, инфекционные заболевания); информация об АРВТ (названия препаратов, нежелательные эффекты, изменения в схеме лечения). Кроме того, врачи давали собственный прогноз приверженности к терапии для каждого участника. По окончании 6-месячного периода наблюдения на основании собранной информации о количестве отпущенных доз препаратов АРВТ в аптеке Центра СПИД, о показателе вирусной нагрузки и нежелательных явлениях были идентифицированы исходы лечения неопределяемой величины вирусной нагрузки (менее чем 60 копий/мл).

Результаты. Средний возраст участников составил 37,1 (SD=8,3) лет, количество женщин и мужчин распределялось примерно одинаково, у 57 участников было 10 и более лет образования, 76 участников имели работу, 52 участника находились в официальном браке или жили с партнером. Количество участников в группах со средним и высоким уровнем дохода было примерно одинаково (по 40 человек в каждой группе).

Участники знали о своем ВИЧ-положительном статусе в среднем около 4,2 лет: 50 участников были инфицированы в результате инъекционного использования наркотиков, 44 — при небезопасном гетеросексуальном контакте, 6 — при небезопасном гомосексуальном контакте. Более половины пациентов ($n=56$) сообщили об употреблении наркотических веществ в прошлом, что является значительно более высоким уровнем употребления наркотиков среди ВИЧ-инфицированных пациентов по сравнению с национальными данными Федерального Центра СПИД.

На момент включения в исследование среднее логарифмическое значение вирусной нагрузки составляло 4,72 (SE=0,08), среднее значение CD4-лимфоцитов 272,9 клеток/мкл (SE=12,49). У половины пациентов был диагностирован кандидоз, у 47 — вирус гепатита С, у 5 были найдены антитела к вирусу простого герпеса, и у 4 поставлен диагноз «туберкулез». По результатам психологического тестирования, у 14 участников выявлены умеренные признаки депрессии по шкале депрессии Бэка, у 29 участников определен высокий уровень тревожности по шкале тревоги Спилберга–Ханина.

В течение 6 месяцев наблюдения в ходе исследования умер один пациент, 4 участника не начали прием назначенных препаратов АРВТ, и 16 участников не удержались в терапевтическом режиме. Среди пациентов, продемонстрировавших оптимальное удержание в терапевтическом режиме, 57 пациентов достигли неопределяемого уровня вирусной нагрузки. Врачи-инфекционисты приняли решение о смене препаратов АРВТ у 28 участников вследствие развития побочных эффектов, однако данные изменения не связаны с удержанием в лечении ($p=0,147$). Ни одному из пациентов не был проведен тест на определение вирусной резистентности к препаратам АРВТ.

По окончании исследования было проведено второе телефонное интервью среди девяти участников, которые не начали терапию или не удержались в режиме лечения. В качестве причин неуспешных исходов лечения выявлены следующие: а) коморбидные заболевания (наличие других заболеваний $n=1$, употребление наркотиков $n=3$); б) негативные аспекты, связанные с Центром СПИД («не могу добраться до Центра СПИД», $n=1$; «не нравится Центр СПИД», «жуткое место», $n=1$, «далеко от дома», $n=1$); в) потенциальные побочные эффекты («боюсь возникновения побочных эффектов», $n=2$) и другие причины («не могу принимать препараты по расписанию», $n=2$; «не могу объяснить, почему не могу подойти», $n=2$). Для остальных семи участников причины отказа от лечения выяснить не удалось в связи с отсутствием контакта.

По итогам бивариантного анализа, выявлено, что предикторами оптимального удержания являются следующие характеристики пациентов: старший возраст, наличие высокого уровня образования, низкий балл по Шкале общего состояния здоровья. Кроме того, была выявлена положительная связь между низким уровнем приверженности, прогнозируемой врачами-инфекционистами, и оптимальным удержанием. Употребление пациентами наркотических веществ в настоящее время или в прошлом значимо не влияло на удержание в лечении. После проведения мультивариантного анализа значимыми показателями остались только возраст и образование, таким образом, была выявлена положительная корреляция между оптимальным удержанием и старшим возрастом (OR=1,14, $p=0,02$) и высоким уровнем образования (OR=16,91, $p=0,01$).

Проведено сравнение прогностических способностей пациентов и врачей-инфекционистов в отношении приверженности к терапии и в отношении удержания в терапевтическом режиме. По мнению врачей, оптимальная приверженность предполагалась у 67,8% и отсутствие или низкий уровень приверженности у 32,2%. Врачи чаще прогнозировали высокий уровень приверженности в случаях наличия ВИЧ-инфекции в течение более длительного времени, регулярного посещения Центра СПИД и отсутствия в анамнезе употребления наркотических средств.

По сравнению с пациентами с определяемой вирусной нагрузкой ($n=43$), пациенты, у которых уровень вирусной

нагрузки не определялся, отличались более высоким уровнем образования, реже обращались за неотложной медицинской помощью, и уровень фермента печени АСТ был ниже при включении в исследование ($p \leq 0,05$). Однако при мультивариантном анализе статистически значимых различий между группами обнаружено не было. Более того, группы не отличались по возрасту, полу, употреблению наркотиков в настоящем и/или в прошлом, наличию сопутствующих заболеваний, препаратам АРВТ или по наличию побочных эффектов. Среди пациентов, употреблявших наркотики в прошлом, более половины (59,1%) достигли неопределяемого уровня вирусной нагрузки, что сопоставимо с пропорцией успешного исхода лечения среди тех, кто никогда не употреблял наркотики (59,6%). Также не было найдено различий в достижении успешного исхода лечения между участниками, употреблявшими наркотики в течение последних 30 дней, и остальными пациентами (55,6% против 59,8%).

Среди 80 участников, которые успешно удержались в терапевтическом режиме, не было найдено статистически значимых различий в социодемографических, поведенческих или психологических характеристиках между группой пациентов с оптимальной приверженностью ($n=57$) и группой, не достигшей оптимальной супрессии вирусной нагрузки ($n=23$).

Заключение. Данное исследование демонстрирует, что практически все пациенты, которым назначены препараты АРВТ, начинали лечение и 80% удерживались в терапевтическом режиме в течение первых 6 месяцев. Выявлено, что оптимальное удержание значимо ассоциировано со старшим возрастом и высоким уровнем образования пациентов. В противоположность данным о том, что использование наркотических веществ и злоупотребление алкоголем может негативно влиять на приверженность к терапии, в нашем исследовании было обнаружено, что данные факторы не являются значимыми для неуспешного терапевтического исхода. В настоящем исследовании половина пациентов употребляли ПАВ в прошлом или в настоящее время, однако показатели начала лечения, удержания в лечении и приверженности к терапии среди активных потребителей наркотиков не отличались от показателей других групп пациентов.

Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-позитивных пациентов, выявленных в 2015 году в отдельных регионах Самарской области

Е.В.Вехова, Г.Б.Садыкова, Н.П.Герескина, А.Б.Никитин, А.В.Нефедов
(Самара, Россия)

Самарская область входит в регион с высоким распространением ВИЧ-инфекции. В 2015 году пораженность по области составила 1072,6, заболеваемость 112,6 на 100 тысяч человек соответственно.

Цель — описать эпидемиологическую обстановку в Самарской области.

Материалы и методы. Анализ карт эпидемиологического расследования пациентов с ВИЧ-инфекцией, впервые выявленной в иммунном блоте в 2015 году, по двум регионам. Методы описательной статистики.

Результаты. На 01.01.2016 г. на территории ГП № 1 выявлено 1228 ВИЧ-позитивных пациентов: умерли 465 (37,8%), проживают 763; пораженность 936,9, заболеваемость 110,7 на 100 тысяч населения соответственно. На территории ЦРБ выявлено 965 ВИЧ-позитивных: умерли 344 (35,6%), проживает 621; пораженность 1173,8, заболеваемость 128,3 на 100 тысяч населения соответственно. В 2015 году впервые выявлено по положительному результату в иммунном блоттинге в ГП № 1 72 человека: 38 мужчин (52,3%), 34 женщины (47,2%); в ЦРБ 85: 54 мужчины (63,5%), 31 женщина (36,5%). Средний возраст: ГП № 1 $36,7 \pm 1,2$ года; ЦРБ $37,7 \pm 1,3$ года. Половой путь передачи среди женщин в ГП № 1 — 91,3% (95% ДИ: 71,9–98,9%); в ЦРБ — 99,4% (95% ДИ: 72,7–99,9%). Парентеральный путь среди мужчин в ГП № 1 — 61,2% (95% ДИ: 38,4–83,7%); в ЦРБ — 50,0% (95% ДИ: 26,02–73,9%). Выявлены при обращении в первичное амбулаторное звено: ГП № 1 — 24,6% (95% ДИ: 15,1–36,5%); ЦРБ — 30,1% (95% ДИ: 20,5–41,2%). Обследованы как наркопотребители (по коду 102) в ГП № 1 — 5,6% (95% ДИ: 1,6–14,2%); в ЦРБ — 13,2% (95% ДИ: 6,8–22,5%).

Заключение. Среди ВИЧ-позитивных женщин, выявленных в 2015 году и вставших на диспансерный учет, половой путь передачи для обоих регионов составил более 90%. Малое число лиц выявляется в первичном амбулаторном звене. Сохраняется проблема наркопотребления. Врачи недостаточно полно при обследовании собирают эпидемиологический анамнез.

Насколько своевременно обращение ВИЧ-позитивных пациентов с впервые диагностированной инфекцией, выявленных в 2015 году на территории городской поликлиники

Е.В.Вехова, Г.Б.Садыкова, И.В. Мальшина, Н.П.Герескина, А.Б.Никитин
(Самара, Россия)

Своевременность обращения пациентов с ВИЧ-инфекцией за медицинской помощью обеспечивает лучший прогноз заболевания. Проблема пациентов с ВИЧ-инфекцией затрагивает каждого участкового терапевта в связи с высоким распространением заболевания на территории, обслуживаемой поликлиникой в 2015 году: пораженность ВИЧ составила 936,9, заболеваемость 110,7 на 100 тысяч населения соответственно.

Цель — оценить своевременность обращения пациентов с ВИЧ-инфекцией за медицинской помощью в Самарской области.

Материалы и методы. Анализ амбулаторных карт пациентов (форма 25/у) для изучения клинических и иммунологиче-