

Основной инновацией стал новый алгоритм взаимодействия между медицинскими учреждениями и социальными службами, выработанный в проекте. Методология работы проекта основана на междисциплинарном ведении случая, что позволяет на раннем этапе выявлять в медицинских учреждениях женщин, которые могут отказаться от ребенка, и направлять их на сопровождение в центры социальной помощи.

Наиболее важным этапом работы является определение первоочередной проблемы, решение которой в значительной степени изменит качество жизни семьи. Сервисный план, динамика случая обсуждаются специалистами на консилиуме. Другими направлениями работы в проекте стали: патронаж семей на дому с оказанием психосоциальной поддержки всем членам семьи; открытие отделения дневного пребывания для детей; предоставление временного жилья для женщин с детьми в кризисной ситуации; волонтерская деятельность (программа «Равный — равному»); обучение специалистов государственных учреждений. Основная задача специалистов различных направлений — максимально стабилизировать положение женщины, привлекая все возможные ресурсы: учреждений социального обслуживания, здравоохранения, образования, правоохранительных органов, негосударственных организаций, а также помощь родственников и близкого окружения самой женщины. В ходе сопровождения специалисты всех направлений способствуют развитию собственного потенциала клиентки путем обучения ее пользованию доступными ресурсами. Конечной целью социальной службы является достижение женщиной полной самостоятельности и независимости от специалистов и оказываемой помощи.

Медико-психологическое сопровождение больных с ВИЧ-ассоциированными нейрокогнитивными расстройствами

И.М.Улюкин

(Санкт-Петербург, Россия)

В условиях развивающейся эпидемии для проведения адекватных лечебно-реабилитационных и социальных мероприятий большое значение приобретает исследование нервно-психического состояния больных с ВИЧ-инфекцией. Если с установлением соматического статуса таких лиц сложностей обычно не возникает, то в отношении их нейропсихологических кондиций вопрос окончательно не решен. Поэтому объективизация оценки, в частности профессиональной пригодности этих больных, требует дальнейшего изучения тонких механизмов нарушения интеллектуально-мнестической сферы.

Цель исследования — изучение нервно-психического статуса больных с ВИЧ-инфекцией для их адекватного медико-психологического сопровождения.

Материалы и методы. Метаанализ результатов научных исследований по проблеме поражения центральной нервной системы (ЦНС) у больных с ВИЧ-инфекцией, размещенных

в зарубежных и отечественных научных библиографических базах.

Результаты. Основным резервуаром ВИЧ в организме являются CD4-лимфоциты в крови. Однако в головном мозге вирус содержится, главным образом, в макрофагах, клетках микроглии и астроцитах, где он размножается, персистирует или находится в латентном состоянии. Считается, что ВИЧ заражено 5–20% астроцитов, причем тяжесть энцефалита и деменции пропорциональна количеству вируса в клетках.

Для исследования ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств (ВАНР) в настоящее время применяются различные методы лучевой диагностики: магнитно-резонансная спектроскопия позволяет изучить биохимический профиль головного мозга, функциональная магнитно-резонансная томография (МРТ) определяет активность нейронов головного мозга по изменению кровотока, МРТ-морфометрия дает возможность количественно оценить изменения анатомических структур головного мозга. Диагноз «ВАНР» ставится на основании клинической картины и результатов лабораторных/инструментальных исследований.

Отмечено, что в последнее время развитие ВАНР меньше связано с прогрессированием заболевания и имеет большое разнообразие нервно-психических нарушений, которые можно принять за проявления других заболеваний головного мозга. С другой стороны — наличие невыраженных ВАНР часто диагностируется в ходе применения антиретровирусной терапии (АРВТ). Считается, что развитие ВАНР связано с особенностями организма больного, свойствами вируса, сопутствующими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией. Несмотря на противоречивость результатов исследования когнитивных и структурных нарушений головного мозга на субклинических стадиях ВИЧ-инфекции, у пациентов на разных стадиях заболевания неоднократно подтверждали однозначные изменения когнитивных вызванных потенциалов и скорости сенсомоторных реакций. С тяжестью ВИЧ-ассоциированной деменции и степенью снижения скорости двигательных реакций коррелируют изменения диффузных характеристик, выявленных в области валика мозолистого тела. Но даже при отсутствии в клинической картине симптомов ВИЧ-ассоциированной деменции наблюдались очевидные нейровизуальные признаки поражения ассоциативных и комиссуральных волокон. У больных с ВИЧ-инфекцией на ранних стадиях заболевания признаки демиелинизирующего процесса выявлены у 75% обследованных, а с учетом данных сенсомоторного тестирования — у 90%.

Отмечено, что у больных с ВИЧ-инфекцией, часто употребляющих одновременно несколько психоактивных веществ, выше вирусная нагрузка (количество копий ДНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови), тяжелее иммунодефицит, сильнее выражены морфологические изменения ЦНС и, вследствие этого, когнитивные нарушения. Однако установить их перво-

причину бывает сложно, поскольку, в частности, наркоманы, как правило, не соблюдают предписания врачей и могут неоднозначно отвечать на вопросы психометрических тестов.

В настоящее время считается, что лечение ВИЧ-инфекции включает в себя подавление репликации ВИЧ, достигаемое оптимальной схемой АРВТ, и терапию сопутствующих психических, неврологических и психоневрологических расстройств, включая аффективные нарушения, наркоманию и алкоголизм. Эта терапия снижает выраженность ВАНР, однако вопрос о наилучшей схеме терапии пока не решен, так как не до конца изучены особенности препаратов проникать в головной мозг. Паллиативное (уменьшающее выраженность симптомов, но не способствующее излечению заболевания) и вспомогательное (не снижающее репликацию ВИЧ, но способное приостановить вызванные вирусом патологические процессы, например, дегенеративный процесс в ЦНС) лечение ВАНР также улучшает когнитивные и двигательные функции.

Заключение. Изучение проблем нейрокогнитивных расстройств при ВИЧ-инфекции вплотную подводит нас к биопсихосоциальной модели лечения больных, что позволяет холистически подходить к решению проблем каждого пациента, оценивать индивидуальные особенности его личности, тяжесть соматического заболевания, клинко-психопатологическую картину, а также межличностные и социальные взаимодействия. Это важно также с той точки зрения, что составными частями программы по контролю за ВИЧ-инфекцией являются профилактика, медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов, а также борьба с их дискриминацией. Каждое из этих направлений в отдельности недостаточно эффективно.

Мутации лекарственной устойчивости ВИЧ-1 у пациентов с вирусологической неэффективностью АРВТ в Архангельске

М.А.Чурина, Н.А.Бледных, Ю.В.Останкова, А.В.Семенов, А.А.Томолян
(Санкт-Петербург, Россия)

Молекулярная изменчивость ВИЧ-1 является результатом большого числа ошибок при репликации вируса, высоких темпов мутации и рекомбинации фермента обратной транскриптазы. Введение антиретровирусной терапии (АРВТ) значительно улучшает прогноз для ВИЧ-инфицированных пациентов, однако высокая скорость эволюции вируса и неравномерность скорости фиксации нуклеотидных замен в ходе молекулярной эволюции при АРВТ приводят к накоплению с течением времени мутаций лекарственной устойчивости.

Цель: анализ мутаций фармакорезистентности у пациентов с неэффективной АРВТ ВИЧ-1 из г. Архангельска.

Материалы и методы. В работе были использованы образцы плазмы крови 23 пациентов с ВИЧ-инфекцией из Архангельской области, направленные на определение лекарственной устойчивости вируса в связи с вирусологической неэффек-

тивностью АРВТ (вирусная нагрузка >50 МЕ/мл после 6 месяцев АРВТ или повышение вирусной нагрузки после первичного подавления репликации вируса). Анализ ВИЧ-1 проводили на основе нуклеотидных последовательностей участка гена полимеразы (*pol*) протяженностью 1285 нт, кодирующего ген протеазы (*PR*) протяженностью 465 нт и участок гена обратной транскриптазы (*RT*) протяженностью 820 нт.

Результаты. На основании филогенетического анализа 23 изолятов показано, что в обследованной группе больных преобладал ВИЧ-1 субтипа А1 (95,65%) и только у одного пациента был выявлен субтип В (4,35%), что соответствует данным о преимущественном распространении в Северо-Западном регионе РФ IDU-A субтипа, генетически отличающегося от других вариантов субтипа А1 ВИЧ-1.

При оценке мутаций лекарственной устойчивости у 60,86% пациентов были выявлены мутации резистентности к каким-либо препаратам. Из них мутации устойчивости к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (НИОТ) 87,5%, мутации устойчивости к ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ) 56,25%, мутации устойчивости к ингибиторам протеазы (ИП) 37,5%.

Ранее было показано, что в среднем мутации лекарственной устойчивости возникают в 30%, но процент может быть значительно выше среди потребителей инъекционных наркотических веществ. Хотя для Архангельска характерно преобладание полового пути распространения ВИЧ, высокий процент мутаций лекарственной устойчивости в группе вынуждает предполагать среди пациентов группы активных или бывших потребителей инъекционных наркотиков. Соотношение выявленных нами мутаций незначительно отличается от показанного ранее, а несколько более высокая частота мутаций — 87,5% по сравнению с 80% для НИОТ могут быть следствием контингента с низкой приверженностью к АРВТ в нашей группе. Частота мутаций лекарственной устойчивости одновременно к нескольким группам препаратов составила 62,5%: из них одновременно для НИОТ и ННИОТ 37,5%, для ННИОТ и ИП 6,25%, мутации резистентности ко всем трем группам препаратов присутствовали у 18,75% больных.

При этом в нуклеотидной последовательности, кодирующей протеазу, основные мутации устойчивости к ингибиторам протеазы составили 33,3%, в то время как остальные представляли собой минорные мутации. В равных количествах (33,3%) встречались основные мутации фармакорезистентности к ИП М46I и минорные мутации L10F, L33F, L89T.

В регионе обратной транскриптазы чаще всего встречалась мутация устойчивости к НИОТ М184V, далее по нисходящей — мутация устойчивости к НИОТ А62V, затем в равных частотах Т215F/Y (НИОТ) и к ННИОТ К101E и G190S.

Наиболее часто встречающиеся мутации лекарственной устойчивости ВИЧ у ВИЧ-инфицированных пациентов с неэффективной АРВТ представлены в таблице.