

ТЕЗИСЫ

Мнения ЛЖВ о факторах, способствующих и препятствующих приверженности лечению

*Ю.А.Амирханян, А.В.Кузнецова, А.Ю.Мейлахс,
Дж.Келли, А.А.Яковлев, В.Б.Мусатов, Н.А.Чайка
(Санкт-Петербург, Милуоки)*

Актуальность. Недостаточная приверженность людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), антиретровирусной (АРВ) терапии и, следовательно, недостаточное подавление вирусной нагрузки вносят решающий вклад в продолжение распространения ВИЧ. В России проведено мало исследований по проблеме факторов, повышающих или снижающих приверженность ЛЖВ АРВ-терапии и тем самым играющих важную роль в профилактике ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Глубинные интервью были проведены в Санкт-Петербурге с 40 ЛЖВ с оптимальной и с неоптимальной (пропущено >10% последних доз) приверженностью лечению. Выборка ЛЖВ проведена через форумы и сайты в интернете, а также среди участников программ обмена шприцев и аутич-программ; кроме того, использовались социальные сети. Была собрана подробная информация об опыте получения терапии, а также о ситуациях и убеждениях, которые содействовали или снижали приверженность к лечению. Все интервью были записаны на магнитофон, переведены в текстовый формат, закодированы и проанализированы с помощью программы MAXQDA.

Результаты. У большинства ЛЖВ наиболее часто упоминаемыми причинами пропуска доз были забывчивость, занятость, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), отсутствие лекарства с собой, отсутствие мотивации, негативное отношение к терапии, побочные эффекты. Причинами прерывания или прекращения терапии были побочные эффекты, ощущение неэффективности терапии, отсутствие мотивации на лечение, прием ПАВ, желание устроить себе «отпуск» и психологические факторы, в том числе депрессия. Факторами повышения приверженности к АРВ-терапии были сильная мотивация, умение адаптироваться к режимам лечения и социальная поддержка ЛЖВ-сообщества, а также доверие к врачу, улучшение состояния здоровья и боязнь негативных последствий неприверженности терапии.

Заключение. Для повышения приверженности необходимы улучшение консультирования, эффективное лечение наркомании, психологическая и социальная поддержка, а также регулярная обратная связь. Кроме того, существует потребность в современных

схемах АРВ-терапии, которые проще выполнять и которые имеют меньше побочных эффектов.

Распространенность коинфекции ВИЧ/гепатит С среди лиц, обращающихся в программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции в 10 регионах Российской Федерации в 2006–2013 годах

*А.Н.Барина, Н.Х.Виноградова, С.Л.Плавинский,
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. Проанализированы данные изучения ситуации с распространенностью ВИЧ-инфекции и гепатитов в группах риска, проводившиеся в четыре периода с 2006 по 2013 годы в 10 регионах Российской Федерации.

Материалы и методы. Всего в исследование привлечено 7077 человек, из них 5446 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Анализ включал оценку частоты коинфекции и изучение факторов риска ее обнаружения.

Результаты. Распространенность гепатита С в проанализированных группах риска была высока, степень пораженности составила $\frac{3}{4}$ всех обследованных и варьировала от региона к региону. Внутри регионов она также изменялась но не монотонно. В целом в группах риска наименьшее число лиц имели только ВИЧ-инфекцию (без коинфекции вирусом гепатита С (ВГС)). В 2013 году 17,9% имели коинфекцию ВИЧ-гепатит С, 3,4% моноинфекцию ВИЧ и 58,8% моноинфекцию гепатитом С. В 2006 году соответствующие значения составили 28,6%, 4,7% и 43,4%. Среди ПИН с ВИЧ распространенность коинфекции ВГС была крайне высокой, хотя и имелась тенденция к ее уменьшению среди ПИН, входивших в программы профилактики ВИЧ-инфекции. В 2006 году, среди ПИН с ВИЧ коинфекция гепатитом С составила 90,2% среди лиц, входивших в программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции и 80,3% среди не входивших. В 2013 году соответствующие значения составили 82% и 86,4%, соответственно. Процент коинфицированных не менялся выраженно в зависимости от наличия случайных половых партнеров, однако имел тенденцию к более высокому уровню среди лиц, имевших случайных и постоянных партнеров. Суммарно, среди ПИН, которые имели только постоянных партнеров (n=2129) не было ни одной из анализируемых инфекций 26,8%, а коинфекция наблю-

далась у 22,9%. У тех, у кого были постоянные и случайные партнеры ($n=699$) соответствующие значения составили 24,3% и 23,6%. Анализ факторов риска коинфицирования с помощью логистической регрессии показал, что таковыми являются особенности инъекционных практик (при ежедневном инъектировании $OR=0,86$ (95%ДИ=0,75–0,99)). Ежедневные инъекции были ассоциированы с меньшим риском коинфицирования, что может отражать ситуационный характер употребления наркотиков у тех, кто не использует их ежедневно, в зависимости от социальной ситуации с большим риском совместного использования. Достоверно с риском коинфицирования были связаны пол (у мужчин — выше $OR=1,21$ (95%ДИ=1,02–1,45)) и возраст (рост с возрастом — $OR=1,02$ (95%ДИ=1,01–1,03)). В целом можно отметить, что коинфекция распространена широко, варьирует в зависимости от изучаемого периода и региона, отражая динамичность популяции ПИН, а также зависит от пола, возраста и инъекционных практик.

Нарушение трудоспособности и развитие инвалидизации у пациентов с ВИЧ-инфекцией

*С.А.Бузунова, В.В.Рассохин
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. С развитием в России эпидемии ВИЧ-инфекции появились наиболее приоритетные направления в изучении инфекционных болезней, которые соответствовали стадиям распространения вируса в обществе. Вначале такими направлениями были развитие лабораторной диагностики и вопросы эпидемиологического анализа распространения ВИЧ-инфекции. В дальнейшем с появлением в стране высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) основным стало адекватное и рациональное назначение специфической терапии, соответствующей международным стандартам. В настоящее время существующие новые подходы к лечению социально-значимых заболеваний (ВИЧ-инфекция, парентеральные гепатиты), позволяют переводить их в хронические управляемые инфекции. Это ставит новые задачи перед системой здравоохранения и системой обязательного медицинского и социального страхования по обеспечению пособиями по временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Путем анализа данных журналов врачебных комиссий, отчетных форм № 16-вн, амбулаторных карт и историй болезни пациентов Санкт-Петербургского ГБУЗ «Центр по профилак-

ке и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» проведено ретроспективное обследование 647 ВИЧ-инфицированных пациентов, направленных на медико-социальную экспертизу и 3928 случаев временной нетрудоспособности за период 2008–2013 гг.

Результаты. Согласно полученным данным среди ВИЧ-инфицированных инвалидов в основном преобладают мужчины, их доля составляет от 47,7% до 65,2%, однако в последний период значительно возрастает доля женщин до 52,3% в 2013 г. Имеется тенденция к концентрации ВИЧ-инфекции в узком диапазоне годов рождения (с 1968 по 1988 гг.), что приводит к выявлению инвалидов среди пациентов молодого трудоспособного возраста. Подавляющая часть пациентов (от 62,6% до 96,4%) к моменту направления на комиссии МСЭ не работают.

За период 2008–2013 г. наибольший прирост численности инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией, отмечается на продвинутых стадиях заболевания (4А-4Б-4В стадии), практически не зарегистрирована инвалидность у пациентов с ВИЧ-инфекцией 1–3 стадий заболевания при отсутствии выраженной сопутствующей патологии. Пациенты с наиболее тяжелыми клиническими проявлениями, инвалидность которым установлена на стадии 4В, составляют от 32,1% в 2008 г. до 79,5% в 2012 г. К моменту освидетельствования на МСЭ большинство пациентов получали ВААРТ (от 66,4% до 93%). Часть из них находилась в стадии ремиссии по ВИЧ-инфекции (от 27,4% до 64,3%), но имели тяжелые последствия перенесенных вторичных заболеваний и были признаны инвалидами. У значительной части пациентов (от 18,7% до 40,2%) регистрировалась стадия прогрессирования ВИЧ-инфекции на фоне приема ВААРТ.

Установлено, что общее количество впервые признанных инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией, составляет 261 человек. Отмечено, что нарастает доля первичных инвалидов, которая в 2010 г. составляет: 35,2%, в 2013 г. — 48,8%.

В последние годы увеличивается доля впервые признанных инвалидами среди пациентов с недавно выявленной ВИЧ-инфекцией. Количество впервые выявленных инвалидов среди лиц, поставленных на диспансерный учет в центре СПИД в течение последних 3 лет, составляет от 38% до 62,7%.

Общее количество повторно признанных инвалидами за тот же период составило 386 человек. Среди них преобладают инвалиды 1-й и 2-й группы — 64,1–95,7%.

При анализе продолжительности временной нетрудоспособности были отмечены следующие особенности:

— увеличение числа дней временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных пациентов более чем в 2 раза (с 7084 в 2008 г. до 15 369 в 2013 г.);

— стойкое увеличение средней продолжительности одного случая нетрудоспособности по всем причинам нетрудоспособности;

— наиболее частыми причинами временной нетрудоспособности являются инфекционные и паразитарные заболевания (от 4887 дней в 2009 г. до 13 811 в 2013 г.), заболевания нервной системы (107 дней в 2010 г. до 477 дней в 2012 г.), заболевания органов дыхания (311 дней в 2008 г. до 858 в 2010 г.) и пищеварения (от 113 дней в 2008 до 597 дней в 2011 г.).

Заключение. Преобладание при первичной диагностике ВИЧ-инфекции поздних стадий заболевания, а также поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и недостаточное обследование на ВИЧ-инфекцию больных по клиническим показаниям в ЛПУ общего профиля приводит к ранней инвалидизации пациентов. Увеличение числа случаев временной нетрудоспособности, количества дней временной нетрудоспособности и средней продолжительности случая нетрудоспособности свидетельствует о более тяжелом течении инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания, пищеварения, нервной системы у пациентов с ВИЧ-инфекцией по сравнению с общей популяцией.

Уровень CD4-лимфоцитов у пациентов с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией

Е.В.Вехова (Самара)

Актуальность. Проблема ВИЧ-инфекции на территории Самарской области является высокозначимой. С 2006 года область является территорией с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции. Уровень CD4-лимфоцитов отражает как прогрессирование болезни так и является одним из критериев назначения ВААРТ.

Материалы и методы. Амбулаторные карты ф.25/у пациентов, которым впервые в 2012 году установлен диагноз. Методы описательной статистики.

Результаты. Проведено обследование 349 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет; мужчин 192 (55%), женщин 157 (45%). Стадии ВИЧ-инфекции на конец 2012 года: 2А — 2 (0,6%); 2Б — 1 (0,3%); 3—198 (56,7%); 4А — 89 (25,5%); 4Б — 49 (14%); 4В — 10 (2,9%). Имунный статус исследован у 276 пациентов: уровень CD4 более 500 клеток/мм³ зарегистрирован у 81 (29,3%) пациентов; от 200 до 499 клеток/мм³ — у 113 (41%); менее

200 клеток/мм³ — у 82 (29,7%). Уровень CD4 ($M \pm m$) среди лиц в возрасте 15–19 лет ($n=5$ человек) составил $544,2 \pm 140,8$ клеток/мм³; 20–29 лет ($n=72$) — $421,2 \pm 25,4$ клеток/мм³; 30–39 лет ($n=144$) — $353,4 \pm 26,3$ клеток/мм³; 40–49 лет ($n=43$) — $394,2 \pm 43,4$ клеток/мм³; 50 лет и старше ($n=12$) — 296 ± 68 клеток/мм³.

Заключение. В 2012 году у 146 (52,5%; 95 % ДИ: 46,5–58,6%) пациентов диагноз установлен при уровне CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мм³. Наиболее низкое значение уровня CD4-лимфоцитов зарегистрировано в группе пациентов 50 лет и старше.

Изменения на электрокардиограмме у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Е.В.Вехова (Самара)

Актуальность. Сердечно-сосудистая патология у пациентов с ВИЧ-инфекцией занимает все более значительное место в связи с увеличением продолжительности жизни пациентов.

Материалы и методы. Амбулаторные карты ф.25/у с данными ЭКГ за 2014 год. Методы описательной статистики.

Результаты. Под наблюдением находились 122 человека в возрасте от 23 до 60 лет: 69 женщин, 53 мужчины. Из 38 пациентов без ВААРТ изменения на ЭКГ выявлены у 4: атриовентрикулярная блокада у мужчины 53 лет; синусовая тахикардия у женщины 48 лет; подозрение на старый инфаркт миокарда у женщины 28 лет; синусовая брадикардия, предсердные экстрасистолы у мужчины 42 лет. Среди 84 пациентов получающих ВААРТ изменения на ЭКГ выявлены у 12 человек: синусовая тахикардия у мужчины 27 лет; гипертрофия правого желудочка у пациента 36 лет; синусовая брадикардия у 4-х (у женщины 51 года и мужчины 34 лет; у пациента 33 лет с суправентрикулярными экстрасистолами; у пациента 42 с желудочковыми экстрасистолами); изменение сегмента ST у женщины 41 года; суправентрикулярные экстрасистолы у мужчины 52 лет; блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса у мужчины 39 лет; желудочковые экстрасистолы у женщины 60 лет; замедление внутрипредсердной проводимости у мужчины 41 года; удлинение интервала QT до 459 у пациента 42 лет.

Заключение. Изменения на ЭКГ выявлены у 13,1% (95% ДИ: 7,7–20,4%) пациентов. Выявленные изменения требуют дообследования больных для уточнения диагноза и определения тактики ведения с учетом выявленной патологии.

Случаи поражения ЦНС у ВИЧ-позитивных больных туберкулезным спондилитом

А.А.Вишневский (Санкт-Петербург)

Актуальность. На современном этапе туберкулезное поражение ЦНС (менингиты — ТМ и менингоэнцефалиты — ТМЭ) сопровождается высокой летальностью, которая обусловлена прежде всего, несвоевременной диагностикой заболевания [Яковлев Н.А., и соавт., 2005; Берестнева Р.Е., Суменкова О.Н. 2007]. Участвовавшие в последнее время случаи атипичного течения туберкулезного поражения ЦНС нервной системы у ВИЧ-инфицированных лиц, дали нам возможность выявить определенные закономерности, позволяющие говорить об изменении классического течения этого заболевания на фоне ВИЧ-инфекции (Вишневский А.А. и соавт., 2014).

Материалы и методы. В С.-Петербургском НИИ Фтизиопульмонологии в период 2008–2013гг оперировано 58 ВИЧ-инфицированных пациента с туберкулезным спондилитом (ТС), который был подтвержден бактериологически и/или гистологически. До операции все больные получали антиретровирусную терапию. Катамнез прослежен в течении 1–2 лет.

Результаты исследования. У 7 больных (12,2%) на фоне снижения CD4+ (менее 200 кл/мкл), а также через 1–2 месяца после операции выявлены различные атипичные формы ТМ и ТМЭ. У 2- пациентов отмечалось бессимптомное течение ТМ с признаками общего недомогания; у 1 — было острое «опухолеподобное» начало; у 2-х ТМ имелся острый психоз и у 2 клиника отека головного мозга и его дислокация. На фоне люмбальных пункций и проводимой специфической антибиотикотерапии все больные выжили.

Заключение. ТМ и ТМЭ встречается у больных ТС на фоне глубокой иммуносупрессии при уровне CD4+ 200 кл/мкл и ниже. В отличие от классической картины ТМ и ТМЭ у этой категории пациентов длительное время протекает в стертой форме, скрываясь под маской лихорадки неясного генеза или токсического действия противотуберкулезной терапии. Своевременное назначение гормонотерапии и противотуберкулезных препаратов резервного ряда позволили добиться клинического излечения всех больных.

Эпидемиология ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов (ХВГ)

*Л.Ю.Волова, В.Ю.Троцак, Д.В.Никитина
(Ноябрьск)*

Актуальность. ВИЧ-инфицированный человек в течение всей жизни нуждается в постоянной ква-

лифицированной медицинской помощи, полноценное осуществление которой требует значительных финансовых затрат. Данное финансирование ложится дополнительным бременем на плечи налогоплательщиков и является ещё одним источником дестабилизации экономической ситуации в России. В настоящее время сохраняется высокая эпидемиологическая и социально-экономическая значимость вирусных гепатитов, которая определяется ежегодной регистрацией высокого уровня впервые выявленных хронических форм заболевания.

Материалы и методы. Анализ ежемесячных и годовых отчетов административных территорий округа (уч.ф. № 2) с 1995–2013 г., ежемесячных отчетов административных территорий «О результатах исследования крови на ВИЧ-инфекцию» (уч.ф. № 4) с 1995–2013 г., результатов эпидемиологических расследований отдельных случаев ВИЧ-инфекции.

Результаты. Впервые ВИЧ в Ямало-Ненецком автономном округе был выявлен в 1995 году у граждан соседних государств — Украины и Белоруссии. В начальной фазе развития эпидемии ВИЧ-инфекции темп прироста составлял около 80%, в концентрированной фазе темп прироста значительно увеличился и составил в 2000 г. 713%, в 2012–2013 гг. в генерализованной фазе эпидемии темп прироста новых случаев ВИЧ-инфекции колеблется в пределах — 10%, что говорит об относительной стабилизации процесса.

В 2000 г. ВИЧ-инфекция впервые проникла в популяцию малочисленных народов Севера (КМНС), и в течение последующих лет продолжила свое распространение через образование локальных очагов.

Одним из факторов, влияющих на распространение ВИЧ-инфекции в Ямало-Ненецком автономном округе, является трудовая миграция. Ежегодно с 2005 года увеличивается выявление ВИЧ-инфицированных граждан РФ, работающих вахтово-экспедиционным методом. В 2013 году на территории округа ВИЧ-инфекция выявлена у 106 (37,6%) жителей других регионов РФ, из них работающих вахтово-экспедиционным методом — 33 чел. (31,1%).

В 2013 году выявлено 925 случаев инфицирования вирусами гепатитов В и С. Эпидемическая ситуация по заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в округе остается неблагоприятной: наибольшее количество выявленных наблюдается среди следующих контингентов: беременные (6,5%), больные с хроническим поражением печени (61,1%), контингенты учреждений федеральной службы исполнения наказаний (7,5%).

Заключение. Эпидемия ВИЧ-инфекции перешла в генерализованную фазу развития. ВИЧ-инфекция

занесена в этническую группу малочисленных народов Севера. Основным фактором, способствующим заносу ВИЧ-инфекции на территорию округа являются интенсивные миграционные процессы. Эпидемический процесс распространения парентеральных вирусных гепатитов на территории округа в 2013 году сохраняет свою высокую интенсивность, эпидемиологическая ситуация остается неблагополучной.

Нарушение когнитивных функций у пациентов с ВИЧ и ХВГ. Возможности психодиагностики

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

Актуальность. Известно, что ВИЧ и ХВГ могут оказывать негативное влияние на психику человека. Однако эффективные методы ранней диагностики данных нарушений недостаточно разработаны. Потенциально высокую диагностическую ценность для выявления когнитивных нарушений имеют методы, оценивающие зрительное представление (способность воспроизведения зрительных образов по памяти). Этот психический процесс, отражающий явления или предметы, которые в настоящий момент не воспринимаются, но при этом воспроизводятся на основе прошлого опыта, связан с другими высшими психическими процессами (мышление, память, речь, воображение) и может рассматриваться как звено между восприятием и памятью, соединять восприятие и мышление. Нарушение представления может быть своеобразным индикатором патологического процесса, происходящего в центральной нервной системе.

Цель. Изучить особенности зрительного представления у пациентов с ВИЧ и вирусными гепатитами, диагностируемые с помощью проективной методики «рисунок куриной семьи» в сопоставлении с результатами других психометрических тестов.

Материалы и методы. Пациенту давалось instruction на основе произвольного представления нарисовать петуха, курицу и цыпленка. Оценивалась точность воспроизведения «куриной семьи» по общим признакам. Познавательная деятельность оценивалась по методикам: шкала памяти Векслера, таблицы Шульте, подбор фраз к пословицам, узнавание предметов по незавершенным контурам.

Результаты. Выявлено несколько опций с похожими нарушениями процесса представления у обследованных пациентов с ВИЧ и ХВГ. Пациенты отмечали трудности при воспроизведении заданных образов. Помимо неточности изображения целостного образа (у петуха воспроизводился гребешок, но отсутствовал пышный хвост, например), на ри-

сунке появлялись «дополнительные» ноги (не 2, а 4) или отсутствовали крылья. При указании на ошибку, пациенты могли скорректировать свой рисунок. В 2 случаях образы птиц были деформированы до неузнаваемости. Выявленные нарушения зрительного представления не всегда имели четкую связь с другими расстройствами когнитивной сферы.

Заключение. Нарушение процесса зрительного представления у пациентов с ВИЧ-инфекцией и хроническими парентеральными гепатитами при отсутствии нарушений памяти, внимания и мышления может сигнализировать о начинающемся развитии патологического процесса в центральной нервной системе. В связи с этим процесс зрительного представления у пациентов с коинфекциями ВИЧ и ХВГ требует дальнейшего детального изучения.

Метаболические характеристики нейрокогнитивных расстройств у ВИЧ-инфицированных пациентов

*Е.А.Громова, А.А.Богдан, И.А.Котомин, Г.В.Катаева,
Т.Н.Трофимова, В.В.Россохин, Н.А.Беляков
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. Одним из грозных осложнений ВИЧ-инфекции является развитие СПИД-ассоциированной деменции, причем снижение когнитивных функций развивается рано, еще на субклиническом этапе, когда структурные изменения вещества головного мозга отсутствуют. Поэтому для оценки функционального состояния мозговых систем целесообразно использовать методы функциональной нейровизуализации: позитронно-эмиссионную томографию с фтордезоксиглюкозой (ПЭТ-ФДГ), характеризующую энергетический метаболизм, и магнитно-резонансную спектроскопию (МРС), позволяющую оценить концентрации метаболитов и их отношения, в частности для оценки функциональной целостности нейронов и их отростков (NAA/Cr) и клеточных мембран (Cho/Cr).

Цель исследования: изучить особенности энергетического метаболизма и функционального состояния элементов мозговых систем, вовлекаемых в обеспечение высших функций у ВИЧ-инфицированных пациентов, на основе данных функциональной нейровизуализации — ПЭТ-ФДГ и МРС.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были обследованы 53 пациента с верифицированной ВИЧ-инфекцией и 20 условно здоровых человек, составивших группу контроля. ВИЧ-инфицированные пациенты были разделены на две группы: ВИЧ-инфицированные пациенты до начала

ВААРТ без клинических проявлений и структурных изменений по данным МРТ, клинических и анамнестических данных об органическом поражении ЦНС, включая ЧМТ, психические и неврологические заболевания, употребление наркотиков, гепатит, (36 чел., возраст 25–40 лет). ВИЧ-инфицированные пациенты с сопутствующими оппортунистическими инфекциями, при локализации изменений вне головного мозга (17 чел., возраст 25–40).

ПЭТ-ФДГ исследование проводилось по стандартной методике. Предварительная обработка ПЭТ-изображений заключалась в пространственной нормализации индивидуальных изображений

на ранних этапах ВИЧ-инфекции может быть объяснено непосредственным нейротоксическим действием инфекционного агента и отражает начальные этапы воспалительного процесса. Примечательна локализация ранних изменений — передняя поясная извилина, которая является многофункциональной и чувствительной структурой, повреждающейся при целом ряде заболеваний, сопровождающихся нейрокогнитивным дефицитом (депрессия, шизофрения, болезнь Альцгеймера). В частности, выявленное по данным ПЭТ и МРС снижение метаболизма глюкозы и нарушение нейрональной целостности в области передней поясной извилины может рас-

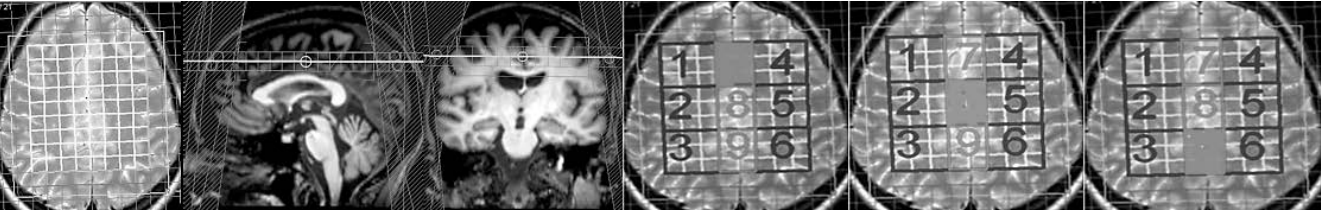


Рис. 1. Алгоритм выполнения и анализа данных МРС.

к стандартному стереотаксическому атласу и расчету средних значений скорости метаболизма глюкозы (СМГ) в областях интереса, соответствующих полям Бродмана при помощи пакета программ WFU PicAtlas (www.nitrc.org/projects/wfu_pickatlas/). Мультивоксельная МРС проводилась на суправентрикулярном уровне (2D PRESS, water excitation suppression, TR/TE=2000/144 мсек, размер вокселя 10×10×15 мм³ (см. рис.1). Рассматривались отношения метаболитов NAA/Cr, Cho/Cr, NAA/Cho в трех областях интереса (7, 8 и 9), лежащих парасагитально.

Результаты. По данным ПЭТ-ФДГ было выявлено статистически достоверное снижение метаболизма глюкозы в областях, соответствующих полям Бродмана 32 и 24 (см. рис. 2), что коррелировало с результатами МРС (см. таблицу).

смаиваться как отражение нештатного режима работы мозгового механизма детекции ошибок.

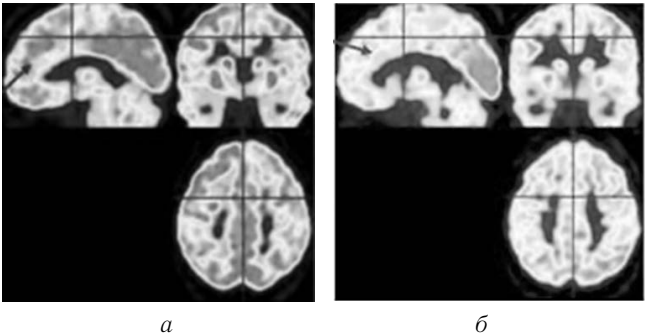


Рис. 2. Оценка энергетического метаболизма по данным ПЭТ-ФДГ: а — распределение РФП в норме, б — распределение РФП у ВИЧ-инфицированного пациента. Отмечается снижение энергетического метаболизма в передних отделах поясной извилины.

Таблица

Корреляция метаболических нарушений в поясной извилине по данным ПЭТ-ФДГ и МРС в зависимости от стадии (классификация по В.И.Покровскому)

ПЭТ-ФДГ vs стадия	Коэф. корреляции (p<0,05)	МРС vs стадия	ПЭТ-ФДГ vs NAA/Cr	Коэф. корреляции (p<0,05)
L_24	-0,57	Gr7_NAA/Cr	L_24	0,43
L_32	-0,46	Gr7_NAA/Cho	R_24	0,43
R_24	-0,56	Gr7_Cho/Cr		
R_32	-0,51			

С нашей точки зрения возможные причины наблюдаемого изменения метаболизма глюкозы и нейрональной целостности, повреждения клеточных мембран, при неизменной структуре мозга,

Заключение. У ВИЧ-инфицированных пациентов, не смотря на отсутствие структурных изменений головного мозга по данным МРТ, выявлено снижение регионарной СМГ, коррелирующее с результа-

тами МРС. Распространенность и выраженность метаболических изменений при появлении клинических проявлений ВИЧ-инфекции нарастает. На ранних этапах отмечается вовлечение в процесс прежде всего передних отделов поясной извилины, что может объяснять снижение когнитивных функций еще на доклиническом этапе.

Определение и мониторинг устойчивости к антибиотикам бактерий, выделенных у больных с ВИЧ-инфекцией

С.И.Дворак, Н.Г.Захарова, Е.В.Степанова,
В.В.Рассохин (Санкт-Петербург)

Актуальность. Рост резистентности среди возбудителей нозокомиальных и внебольничных инфекций в современных условиях вызывает необходимость проведения постоянного микробиологического мониторинга для выяснения этиологической структуры возбудителей и более рационального подхода к назначению эмпирической антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Изучен видовой состав и антибиотикорезистентность бактерий, выделенных из положительных изолятов из биологического материала пациентов с ВИЧ-инфекцией (n=372), находившихся на лечении в стационаре Центра СПИД, в период с 01.01.2013 по 30.06.2014 гг. Использованы данные компьютерной программы (WHONET).

Результаты. Особенностью результатов исследования являлось наличие широкого спектра выделенных микроорганизмов (40 видов бактерий) (таблица).

биологического материала выделяли *S.aureus* (14% — 51 штамм), *K.pneumoniae* (12,1% — 45 штаммов), *S.epidermidis* (11% — 40 штаммов), *S.hominis* (9,4% — 35 штаммов), *E.faecalis* (8,9% — 33 штамма), *S.haemoliticus* (8,1% — 30 штаммов), *E.coli* (6,4% — 23 штамма), *A.baumannii* (5,1% — 18 штаммов) и *P.aeruginosa* (2,7% — 10 штаммов).

Штаммы *S.aureus* были чувствительны ко всем применяемым антибиотикам. Частота выделения MRSA (5,8% — 3 штамма). Штаммы *S.Haemolyticus*, обладали достаточно высокой устойчивостью (от 80% и более штаммов) к цефокситину и норфлоксацину, эритромицину, у *S.Hominis* и *S.Epidermidis* определялась относительно высокая устойчивость (60–70% штаммов) к этим препаратам. Триметоприм/сульфаметоксазол и клиндамицин, обладали относительно высокой активностью против выделенных штаммов стафилококков, к ним были чувствительны до 70% штаммов микроорганизмов. Высокая чувствительность определялась к ванкомицину, линезолиду (100% штаммов).

У выделенных штаммов *E.faecalis* определялась устойчивость к тетрациклинам (100%) и ципрофлоксацину (81,8%). Наибольшей активностью к выделенным штаммам обладали ампицилин, амоксициллин/клавуланат, фосфомицин, нитрофуран, ванкомицин, линезолид и тигециклин.

Среди *E.coli*. наибольшая устойчивость определялась к ампицилину (79%), к ципрофлоксацину (66,7%), к остальным группам антибактериальных препаратов микроорганизм был достаточно чувствительным от 60 до 80% штаммов.

Все штаммы *K.Pneumoniae* оказались чувствительны к карбапенемам, в частности к меропенему.

Микроорганизм	Кол-во изолятов	(%)	Кол-во пациентов
<i>Staphylococcus aureus</i>	52	14,0	51
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	45	12,1	45
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	41	11,0	40
<i>Staphylococcus hominis</i>	35	9,4	35
<i>Enterococcus faecalis</i>	33	8,9	33
<i>Staphylococcus haemoliticus</i>	30	8,1	30
<i>Escherichia coli</i>	24	6,4	23
<i>Acinetobacter baumannii</i>	19	5,1	18
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10	2,7	10
<i>Klebsiella oxytoca</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Haemophilus parainfluenzae</i> , <i>Enterococcus faecium</i> , <i>Serratia marcescens</i> , <i>Staphylococcus capitis</i> , <i>Staphylococcus simulans</i> , <i>Acinetobacter johnsonii</i> , <i>Enterococcus avium</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Streptococcus viridans</i> , <i>alpha-hem</i> и др.	от 1 до 5		от 1 до 5

Выделено 235 (63,4%) грамположительных и 137 (36,6%) грамотрицательных штаммов. Среди клинически значимых микроорганизмов наиболее часто из

Наряду с этим выделенные штаммы *K.Pneumoniae* имели высокий уровень устойчивости к другим различным классам антибиотиков. Цефалоспорины 3 по-

коления цефотаксим обладал достаточно низкой активностью, чувствительны к нему оказались только 21,2% штаммов, более половины штаммов были резистентны к ципрофлоксацину (61,5% и гентамицину (53,1%), более 40% штаммов оказались устойчивы к амоксициллину/клавуланату (45,5%).

P.Aeruginosa отличались высокой чувствительностью практически ко всем изучаемым антибактериальным препаратам. Полученные результаты показали высокую активность (90%) имипенема и меропенема, амикацина, цефтазидима и пиперациллин/тазобактама. Также высокая активность определялась у цефепима и азтреонама (78%). Чувствительность штаммов к ципрофлоксацину была также высокой (70%).

A.Baumannii установлена высокая устойчивость к разным классам антибактериальных препаратов: все штаммы оказались не чувствительными к пиперациллину/тазобактаму, более 90% штаммов к цефалоспорином 3 и 4 поколения (цефтазидиму, цефипиму), к ципрофлоксацину (88,9%) и амикацину (78,9%), к карбапенемам — меропенему (57,9%), имепенему (42,1%).

Заключение. Учитывая этиологический профиль микроорганизмов, выделяемых у ВИЧ-инфицированных больных, с учетом широты спектра резистентности к антибактериальным препаратам не рекомендуется назначать для эмпирической терапии цефокситин, цефотаксим, ципрофлоксацин, норфлоксацин, ампициллин, тетрациклин, эритромицин. Препаратами выбора для эмпирической терапии могут являться ванкомицин, линезолид, азитромицин, кларитромицин, офлоксацин, цефепим, имепенем, тигециклин.

Выраженность психопатологических симптомов у ВИЧ-инфицированных беременных женщин как основание для психопрофилактической и психокоррекционной помощи
О.В.Кольцова (Санкт-Петербург)

Актуальность. Способность сопротивляться стрессам у беременных женщин, может быть снижена, что мешает достижению высокой приверженности АРВТ. Своевременное выявление расстройств аффективного спектра может быть основанием для раннего психологического вмешательства, которое проводится специалистами Центра СПИД.

Материалы и методы. С помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R Дерогатис и методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге обследованы 140 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, посетивших психолога СПб Центра СПИД в 2013 году. Средний возраст — 28,4 лет

(от 17 до 39). Употребляли наркотики в прошлом — 38,6% (54/140). Впервые узнали о своем диагнозе ВИЧ-инфекция во время настоящей беременности — 42,1% (59/140). Анализ статистических данных с помощью IBM SPSS Statistics 22: сравнение средних, t-критерий для независимых выборок.

Результаты. Выраженность тех или иных психопатологических симптомов у ВИЧ+ беременных женщин не связана с их возрастом. Различные симптомы в наибольшей степени выражены у пациенток, имеющих опыт употребления наркотиков в анамнезе. У них по сравнению с женщинами, никогда не употреблявшими наркотики, имеются различия по шкалам межличностной чувствительности, враждебности/агрессивности, параноидного мышления и психотизма ($p < 0,05$). Наркопотребительницы имеют более высокий общий индекс тяжести психопатологической симптоматики, а также степень сопротивляемости стрессу на уровне пороговой или низкой. Женщины, узнавшие о своем диагнозе ВИЧ во время беременности, по сравнению с теми, кто получил его ранее, имеют более высокие показатели по шкале депрессивности (на уровне тенденции).

Заключение. У ВИЧ-позитивных беременных женщин, в прошлом употреблявших наркотики, часто могут быть выражены чувство личностной неадекватности и неполноценности, дискомфорт в ситуации межличностного общения; раздражительность и вспышки гнева; подозрительность и страх потери независимости; чувство изолированности. Представители этой группы более уязвимы к стрессу.

Пациентки, получившие диагноз ВИЧ во время беременности, чаще подвержены депрессии. Психопатологические симптомы влияют на выработку у пациенток негативной установки, определяющей пассивную позицию в отношении профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, поэтому их выявление важно для определения мишеней психологической коррекции. Пациенткам с указанными особенностями нужна помощь психолога в осмыслении жизненного опыта, его влияния на актуальные отношения с людьми, в формировании позитивной установки на лечение и ответственного отношения к будущему материнству.

Оценка жизненной ситуации детей с ВИЧ-инфекцией как основание для раннего семейно-ориентированного психологического вмешательства

О.В.Кольцова, П.В.Сафонова, В.В.Рассохин
(Санкт-Петербург)

Актуальность. Детей, болеющих ВИЧ-инфекцией с младенчества, сопровождают факторы, вызыва-

ющие кризисы, осложняющие процесс социализации: раскрытие диагноза ВИЧ-инфекция, непрерывный прием препаратов, представление о будущем (семья, профессия и др.), утрата родителей, проживание вне семьи. Диспансерное наблюдение ребенка с ВИЧ и своевременное предоставление ему лечения зависит от поведения взрослых, ухаживающих за ним. Психологическое вмешательство, ориентированное на семью, может облегчить кризис и помочь ВИЧ-инфицированным детям адаптироваться к меняющейся жизненной ситуации.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт 340 детей, болеющих ВИЧ-инфекцией с младенчества, наблюдающихся в СПб Центре СПИД по состоянию на сентябрь 2014 г. Использовались описательные статистики с помощью программы IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. Возрастные группы: 37% (127/340) — дети дошкольного возраста; 48% (164/340) — дети младшего школьного возраста 7–11 лет; 14% (49/340) — подростки 12–16 лет. Девочек — 185, мальчиков — 155. Получают ВААРТ 80,6% (274/340) детей. 46% (157/340) детей проживают с родными родителями, 17% (59/340) — под опекой родственников, 17% (57/340) — в приемных семьях, 17% (59/340) — в детских домах, 2% (8/340) — усыновлены. У 73 детей (21,5%) один или оба родителя умерли. Доля сирот среди мальчиков (26%) выше, чем среди девочек (18%). Социальных сирот среди ВИЧ+ детей больше, чем истинных сирот: 128 против 73. Истинные сироты чаще, чем социальные сироты, остаются в семье родственников под опекой.

Знание жизненной ситуации позволяет определить время, место и приемлемость психологической помощи: при раскрытии диагноза ребенку, в подготовке его к приему препаратов, при диагностике когнитивного развития и выявлении аффективных расстройств. Психологическая помощь ВИЧ+ ребенку может быть доступной только при сознательном участии взрослого, способного отвечать, не только за здоровье ребенка, но и за свое собственное.

Заключение. В медицинской карте ребенка в Центрах СПИД, как показал анализ, должен содержаться не только эпидемиологический анамнез, анамнез заболевания, но и анамнез жизни ребенка, включая факторы социальной среды, сведения о биологических и приемных родителях. Оценка актуальной ситуации ребенка и степени вовлеченности в нее членов семьи позволяет своевременно диагностировать многие проблемные аспекты жизни с ВИЧ-инфекцией, связанные с наблюдением и лечением ребенка, осознанием своего диагноза, профилактикой

психических расстройств (тревоги, депрессии в связи с диагнозом), определяет направление семейно-ориентированного психологического вмешательства. Важно подготовить семьи к кризису подросткового возраста. Семейно-ориентированное вмешательство должно быть реализовано как можно раньше к моменту выявления ВИЧ-инфекции у ребенка, учитывать ВИЧ-статус и период инфицирования его родителей с тем, чтобы предупредить негативные последствия, в том числе гибель родителей от СПИДа.

ВИЧ и туберкулез в Хабаровском крае

*А.В.Кузнецова, Т.А.Костакова, Е.А.Лойфман,
Л.И.Черноног, Г.В.Пятко (Хабаровск)*

Актуальность. Хабаровский край входит в число регионов с наибольшими показателями заболеваемости туберкулезом при среднем уровне заболеваемости ВИЧ.

Материалы и методы. Данные государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах больных с ВИЧ-инфекцией» (ф. № 61) по Хабаровскому краю.

Результаты. В крае зарегистрировано 386 случаев коинфекции ВИЧ и туберкулеза (14,1% от общего числа выявленных случаев ВИЧ-инфекции), что в 2,68 раза ниже средней по РФ. Показатель распространенности активного туберкулеза с ВИЧ-инфекцией на начало 2014 года составлял 16,9 на 100 тыс. Наиболее часто (63,4% случаев) туберкулез у ВИЧ-инфицированных диагностируется на основании клинических проявлений.

За 6 месяцев 2014 года уровень выявления туберкулеза при профилактических осмотрах увеличился и составил 48,7%. С 2011 по 2014 гг., удельный вес случаев распада снизился с 46,7% до 28,2%, бактериовыделения с 70% до 51,3%. Все пациенты с активным туберкулезом получают антиретровирусную терапию; охват контингентов — 60%.

Среди всех причин смерти ВИЧ-позитивных лиц туберкулез составляет 38,5%, со снижением показателя с 59,32% до 36,96% (2010–2013 гг.), за 6 месяцев 2014 года — 20,59%. Одновременно снижалась доля умерших ВИЧ-инфицированных с впервые выявленным туберкулезом с 14,3% до 11,77%. За весь период наблюдения не было отмечено случаев смерти от туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов более 350 в мкл.

Заключение. Своевременное выявление и назначение ВААРТ больным с коинфекцией ВИЧ и туберкулеза существенно влияет на тяжесть клинических проявлений и смертность.

Новые возможности противовирусной терапии гепатита С

*А.В.Кузнецова, А.Е.Рогачикова, Т.А.Костакова,
Е.В.Дуботолкина, Л.И.Черноног, Е.С.Склярова
(Хабаровск)*

Актуальность. Хронический гепатит С — широко распространенное социально-значимое инфекционное заболевание, наносящее значительный ущерб экономике. Цель исследования — оценка влияния противовирусной терапии хронического гепатита С на заболеваемость данной инфекционной патологией за период 2000—2014 гг.

Материал и методы. Форма государственного статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (форма 1) по Хабаровскому краю. Сведения о числе пролеченных больных по годам взяты из краевого реестра лиц, страдающих парентеральным вирусным гепатитом (n=5635).

Результаты. Заболеваемость хроническим гепатитом С в 2000—2014 гг. существенно превышала таковую хроническим гепатитом В. До 2008 года охват противовирусной терапией больных хроническим гепатитом С в крае был менее 10% от уровня ежегодной заболеваемости, а эффективность противовирусной терапии в целом составила 42,2%. В 2009—2010 годах охват лечением составлял около 15% от уровня ежегодной заболеваемости, с 2011 года этот показатель превысил 19% и к первому полугодью 2014 года достиг 29,4%. Эффективность терапии составила в среднем 72%. При этом в 2011—2014 гг. темпы снижения заболеваемости хроническим гепатитом в крае составили 36,8% против 4,3% в РФ.

Заключение. Для снижения «коллективного риска инфицирования гепатитом С» ежегодный охват противовирусным лечением должен составлять не менее 15% от уровня заболеваемости хроническим гепатитом С.

Тактика ведения пациентов с недостаточно обоснованной этиологией заболевания глаз в условиях фтизиоофтальмологического санатория

*С.Л.Ляпин, Е.И.Устинова, М.Н.Симчук
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. При туберкулезе глаз выявить наиболее достоверные для фтизиатрии диагностические критерии (МБТ, структура бугорка) в глазном очаге без операции мало реально. Поставить диагноз на основе результатов подробного традиционного и спе-

циального обследования больного труднее, чем при других локализациях туберкулеза, особенно для малоопытных фтизиоофтальмологов и совместителей из ОЛС. В наиболее сложных ситуациях больного из ПТД направляют в НИИ фтизиопульмонологии. За 7 лет в СПбНИИФ поступили 494 таких больных, диагноз туберкулеза подтвержден у 35 (7%) человек [Устинова Е.И., Батаев В.М., 2012]. Цель исследования: изучение частоты поступления в санаторий больных с недостаточно обоснованным диагнозом туберкулеза глаз и оценка тактики врачей санатория.

Материалы и методы. Проанализировали годовые отчеты и истории болезни пациентов за 2000—2004 гг. (4586 человек) и за 2005—2009 гг. (4284 человека). При уточнении диагноза руководствовались разработанным в СПбНИИФ способом верификации туберкулеза глаз по косвенным признакам [Устинова Е.И., Батаев В.М., 1985—1994]: при показаниях углубляли обследование общего состояния организма; особое внимание уделяли клинико-офтальмологическим и специальным методикам по оценке глазного очага и его реакций как на введение туберкулина (внутриочно, при показаниях, подкожно в различных дозах, от 2 ТЕ до 20—50 ТЕ), так и на туберкулостатики узкого спектра действия. При подтверждении туберкулеза глаз назначали адекватную терапию, при исключении туберкулеза — выписывали больного с уточненным диагнозом.

Результаты. Лиц с недостаточным обоснованием туберкулезной этиологии заболеваний глаз в 2000—2004 гг. оказалось 504 (11%), в 2005—2009 гг. — 808 (18,9%), ($p < 0,05$). Активного туберкулеза других локализаций не выявлено, петрификаты в легких — у 12 больных (таблица).

Таблица
Специальные диагностические исследования

Годы	Число больных	В том числе с числом исследований		
		Туб.пробы с дозам 2—20 ТЕ	Тест-терапия	ВКП по ФАГД Каспарову
2000—2004	504	764	310	360 125
2005—2009	808	934	585	354 63

Туберкулезная этиология заболеваний глаз в 2000—2004 гг. подтверждена у 277 (31,7%) больных, в 2005—2009 гг. — у 160 (34,3%) ($p > 0,05$). У остальных 875 пациентов диагностировали герпес-вирусные увеиты, дистрофии и ряд более редких заболеваний глаз. В санаторий «Выборг-3» ежегодно поступает от 6 до 15% больных, нуждающихся в диффдиагностике [Александров Е.И., 2012].

Заключение. Подтверждена сложность диагностики туберкулеза глаз и необходимость помощи диспансерам со стороны фтизиоофтальмологов не

только НИИ, но и санаториев. При поступлении в санаторий пациентов с недостаточно обоснованным диагнозом туберкулёза глаз необходимо проведение дифференциальной диагностики на должном качественном уровне, что имеет большое медико-социальное и экономическое значение.

Психологические установки к мерам профилактики ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей

*А.Ф.Махаматова, Е.В.Широковских
(Санкт-Петербург)*

Актуальность исследования обусловлена недостаточной изученностью установок к мерам профилактики среди наркопотребителей в отечественной психологии. Цель исследования — выявление связи между СПИД-диссидентством и психологическими характеристиками потребителей наркотиков.

Материалы и методы. Весной 2014 г. мы опросили 82 пациентов в Выборге. СПИД-диссидентство определялось нами как согласие респондента с утверждением «ВИЧ-инфекции вообще не существует, это выдумка корыстных врачей и фармацевтических фирм».

Результаты. Лишь 6,1 % опрошенных были отнесены к СПИД-диссидентам. СПИД-диссидентство было связано с:

- Осведомленностью о проявлениях и путях передачи ВИЧ-инфекции ($r = -0,651$, $p \leq 0,001$; $r = -0,491$, $p \leq 0,001$; $r = -0,278$, $p \leq 0,05$; $r = -0,257$, $p \leq 0,05$);
- Осведомленностью об антиретровирусной терапии ($r = -0,493$, $p \leq 0,001$);
- Наличием ремиссий ($r = -0,307$, $p \leq 0,01$);
- Знанием результата теста на ВИЧ ($r = -0,343$, $p \leq 0,01$);
- Постановкой диагноза «ВИЧ-инфекция» ($r = -0,354$, $p \leq 0,01$);
- Наличием у респондента травм вследствие наркопотребления ($r = 0,335$, $p \leq 0,01$).

Заключение. Нами не была обнаружена связь между принадлежностью к СПИД-диссидентам и психологическими характеристиками респондентов. Повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции и расширение охвата наркопотребителей тестированием на ВИЧ должны способствовать формированию доверия этой группы населения к профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в рамках официальной медицины.

Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы «Психологический подход

в преодолении негативистических установок отдельных групп населения к мерам профилактики опасных инфекционных заболеваний» (реализуется факультетом психологии СПбГУ, финансируется из средств федерального бюджета, выделенных СПбГУ).

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у пациентов на фоне ВААРТ

*Н.И.Маковская, А.В.Васильев, В.В.Рассохин
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. Развитие пандемии ВИЧ-инфекции приводит к увеличению численности ВИЧ-инфицированных больных и длительности течения ВИЧ-инфекции. Нарастание иммуносупрессии среди этой группы пациентов приводит к увеличению вероятности развития соматических и вторичных заболеваний, в частности развития воспалительных заболеваний слизистых полости рта и челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Произведена оценка влияния высокоактивной антиретровирусной терапии на течение острой одонтогенной инфекции у 107 ВИЧ-инфицированных пациентов, поступивших на стационарное лечение.

Результаты исследования. Возраст пациентов, которые были госпитализированы с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, колебался от 18 до 47 лет и составил $34 \pm 1,2$ года. Мужчины составляли большую часть пациентов (71 %). Преобладали мужчины в возрасте от 20 до 40 лет (70 %). Среди женщин преобладающая возрастная группа была от 30 до 40 лет (65 %). Значительная часть пациентов инфицирована парентеральным путем 48,6 %, 41,1 % половым путем и у 10,3 % путь инфицирования не установлен (мог быть как половым, так и парентеральным). Мужчины, практикующие секс с мужчинами, составляли меньшую часть изучаемой группы — 20 %, бисексуальные — 25 % и гетеросексуальные мужчины были представлены в 55 % случаев. Уровень образования пациентов был высокий — доля лиц с высшим образованием была 42 %, с незаконченным высшим — 32,7 %, средним специальным образованием — 24,3 %, с неоконченным средним образованием — 1 %. Неработающие лица преобладали как среди женщин, так и среди мужчин (56 % и 51 % соответственно). 42 % пациентов когда-либо употребляли инъекционные наркотики. На момент госпитализации в стационар у всех пациентов была установлена стадия вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции, 4А — 51,4 %, 4В — 48,6 %. Среди острых воспали-

тельных заболеваний челюстно-лицевой области преобладали флегмоны (52%), остеомиелиты нижней челюсти диагностированы у 25% пациентов и поднадкостничные абсцессы у 23% больных. Адекватное лечение заключается в экстренном оперативном вмешательстве и грамотной антибактериальной терапии. Время пребывания в отделении интенсивной терапии пациентов, получающих ВААРТ достоверно ниже, чем у больных не приверженных к этому виду лечения ($p < 0,005$). Также длительность пребывания в стационаре у пациентов, не получающих ВААРТ, достоверно больше ($p < 0,005$), как и временная нетрудоспособности ($p < 0,005$) после выписки из отделения челюстно-лицевой хирургии. Среднее количество CD4-лимфоцитов у пациентов при поступлении в стационар составило 150 клеток/мкл, и варьировало от 25 до 510 клеток/мкл, что говорит об иммуносупрессии.

Заключение. Своевременное проведение ВААРТ позволяет снизить риск развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных.

**Применение каскадной плазмофильтрации
в комплексном лечении пациентов
с моноинфекцией хроническим вирусным
гепатитом С, и коинфекцией хроническим
вирусным гепатитом С и вирусом
иммунодефицита человека**

*Р.В.Медников, В.И.Рабинович, С.Н.Кижло,
А.А.Соколов, Н.А.Беляков (Санкт-Петербург)*

Рассмотрен вариант повышения эффективности общепринятой медикаментозной терапии с помощью нового комбинированного метода лечения — VRAD (Virus Removal and ErAdication by DFPP — удаление и эрадикация вируса с использованием каскадной плазмофильтрации (КПФ)). Приведены результаты собственных исследований, выполненных на базе Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями с 2011 по 2013 гг., где проводилась оценка возможностей КПФ в сочетании с терапией пегилированными интерферонами и рибавирином (КПФ+ПегИФ+РВ) у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) (генотип 1), в том числе и инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Данные об использовании подобной тактики при коинфекции ХВГС и ВИЧ представляются впервые.

Задачи. Изучить влияние комплексной терапии (КПФ+ПегИФ+РВ) на клеточный состав, биохимические показатели и коагуляционный потенциал

крови у пациентов с ХВГС, в том числе с коинфекцией ВИЧ. Оценить эффективность удаления ВГС и ВИЧ при КПФ, возможности комплексной терапии (КПФ+ПегИФ+РВ) при лечении пациентов с ХВГС, а также коинфекцией ХВГС и ВИЧ.

Материалы и методы. Комплексная терапия (КПФ+ПегИФ+РВ) была использована у 19 (57 КПФ) пациентов в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст $39,5 \pm 10,8$ лет), в том числе у 9 женщин и 10 мужчин. Все пациенты, у которых применялась КПФ+ПегИФ+РВ, имели либо рецидив ХВГС после курса терапии ПегИФ+РВ — 13 чел. — 68,4%, либо они не ответили вообще — 6 чел. — 31,6% на данный вариант терапии.

У 9 (47,4%) пациентов, ХВГС сочетался с ВИЧ. Из 9 пациентов с ХВГС и ВИЧ — 7 имели рецидив ХВГС после курса терапии ПегИФ+РВ, 2 — не ответили в анамнезе на такую терапию вообще. 7 из 9 пациентов с ХВГС+ВИЧ — исходно получали антиретровирусную терапию (АРВТ), 1 пациентка начала получать терапию по ВИЧ в процессе наблюдения (уровень CD4+ клеток у нее не менялся, но через 24 недели после начала КПФ+ПегИФ+РВ был зафиксирован рост вирусной нагрузки по ВИЧ, потребовавший начала АРВТ) и 1 пациентка не принимала и на данный момент не принимает АРВТ, так как показатели вирусной нагрузки по ВИЧ и количество CD4+ клеток не требуют ее назначения.

За время исследования из группы наблюдения (19 чел.) было исключено 2 пациента в связи с прекращением медикаментозной терапии из-за развившейся на ее фоне нейтропении (оба в анамнезе имели рецидив ХВГС). Один пациент был с ХВГС (нейтропения развилась на 24-й неделе медикаментозной терапии), второй — с ХВГС и коинфекцией ВИЧ (нейтропения развилась на 4-й неделе медикаментозной терапии).

Период наблюдения составил 73 недели: 1-я неделя — курс КПФ + курс этиотропной медикаментозной терапии, 2-я — 48-я неделя — продолжение курса этиотропной медикаментозной терапии, 49-я — 72-я неделя — период наблюдения после окончания медикаментозной терапии. Этиотропная медикаментозная терапия включала применение препаратов пегилированного интерферона (PEG-IFN- α 2a по 180 мкг/нед. или PEG-IFN- α 2b по 1,5 мкг/кг массы тела в неделю) и рибавирин (по 15 мг/кг массы тела в сутки — 2 раза в день) в течение 48 недель.

Результаты. Терапия КПФ+ПегИФ+РВ оказалась эффективной у 11 (64,7%) из 17 пациентов, в том числе у 7 (63,6%) из 11 чел., у которых в анам-

незе был рецидив ХВГС и у 4 (66,6%) из 6, у которых в анамнезе эффект от терапии ПегИФ и РВ отсутствовал. Это почти в два раза выше прогнозируемой эффективности лечения.

Определение концентрации РНК ВИЧ в спинномозговой жидкости

В.Б.Мусатов, С.Г.Андреева, Е.Ю.Морозова, М.В.Иванова (Санкт-Петербург)

Актуальность. Диагностика патологических процессов центральной нервной системы (ЦНС) у ВИЧ-инфицированных пациентов является сложной диагностической задачей. Цель работы — проанализировать показатель концентрации РНК ВИЧ в спинномозговой жидкости (СМЖ) у ВИЧ-инфицированных больных с неврологической симптоматикой.

Материалы и методы. Всего проанализировано 36 случаев определения вирусной нагрузки (ВН) ВИЧ в СМЖ. Исследование СМЖ осуществлялось по клиническим показаниям и было выполнено 10 мужчинам и 26 женщинам, в возрасте от 24 до 52 лет. Большинство больных имели 4В стадию ВИЧ-инфекции (69,4%). У каждого второго пациента (20/36) отмечен выраженный иммунодефицит (CD4-лимфоцитов < 200 кл/мкл).

Результаты. Уровень ВН ВИЧ в сыворотке более 500 тысяч коп/мл определялся в 5 случаях, в том числе у 4 больных на стадии 2Б. Неопределяемая ВН (менее 50 коп/мл) установлена у 4 пациентов на АРВТ.

Отмечена высокая вариабельность уровня ВН ВИЧ в СМЖ. Максимальный показатель ВН ВИЧ (более 500 тысяч коп/мл) установлен у одной больной, не получающей АРВТ, имеющей уровень CD4-лимфоцитов 9 кл/мкл, ВН ВИЧ в сыворотке 23 263 коп/мл. Клиническими проявлениями патологии ЦНС были листериозный менингит и ВИЧ-энцефалит. Уровень ВН ВИЧ в СМЖ от 100 тысяч до 500 тысяч коп/мл выявлен у 4 пациентов, от 10 тысяч до 100 тысяч коп/мл — у 13, от 1 тысяч до 10 тысяч коп/мл — у 6, от 50 до 1 тысяч коп/мл — у 7 больных. Неопределяемый уровень ВН — у 5 больных, четверо из которых получали АРВТ.

При сравнении уровней ВН в сыворотке и СМЖ было показано, что у абсолютного большинства больных (27/36) ВН в сыворотке превышала уровень ВН в СМЖ. Неопределяемый уровень ВН в СМЖ зафиксирован только у больных с неопределяемым уровнем ВН в сыворотке. В 5 случаях уровень ВН в СМЖ превышал ВН в сыворотке, что от-

ражало наличие у больных тяжелых сочетанных поражений ЦНС, в том числе относящихся к 4В стадии болезни — криптококковый менингит, герпетическая инфекция, листериозный менингит, ВИЧ-менингоэнцефалит и ВИЧ-энцефалит.

Заключение. У всех ВИЧ-инфицированных больных с неврологической симптоматикой и определяемой ВН ВИЧ в сыворотке выявлена репликация ВИЧ в СМЖ. Одновременный анализ ВН ВИЧ в сыворотке и СМЖ позволяет улучшить диагностику ВИЧ-специфического поражения ЦНС.

Эпидемиологическая характеристика летальных исходов ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге в 2013 году

О.В.Пантелеева, Е.М.Тихонова, Ю.Ю.Косенко, Н.А.Дельнова, С.П.Гаврилова, Н.А.Бембеева (Санкт-Петербург)

В настоящее время в Санкт-Петербурге наблюдается постоянный рост числа ВИЧ-инфицированных лиц среди населения, а также количества лиц, с вторичными и оппортунистическими заболеваниями, переходящими в стадию СПИДа. Помимо этого, сохраняется ежегодный рост числа летальных исходов среди больных ВИЧ-инфекцией.

Целью данного исследования было охарактеризовать летальные исходы ВИЧ-инфекции, зарегистрированные в Санкт-Петербурге в 2013 году, по основным эпидемиологическим и демографическим критериям.

Материалы и методы. В исследовании были использованы методы ретроспективного эпидемиологического анализа случаев смерти ВИЧ-инфицированных лиц на территории Санкт-Петербурга, зарегистрированных в отделение эпидемиологии Центра СПИД в 2013 году. Всего в рамках данной работы было проанализировано 1191 случай смерти ВИЧ-инфицированных лиц за 2013 г. Учет и статистическая обработка проведены с использованием компьютерного программного обеспечения PASW Statistics 18.

Результаты. В ходе проведенного исследования было установлено, что показатель смертности среди ВИЧ-инфицированных лиц в Санкт-Петербурге в 2013г. соответствовал 24 на 100 тыс. населения, показатель летальности — 25,3 на 1000 человек. Среди умерших ВИЧ-инфицированных граждане РФ составляли 99,2%, в числе которых жители СПб — 83,1%, иногородние — 9,7%. Впервые выявленными в 2013 году ВИЧ-инфицированные пациенты из числа умерших явились в 12,6% случаев.

На диспансерном учете в Центре СПИД в течение жизни наблюдались только 43,2% умерших. Средний период между выявлением ВИЧ-инфекции и смертью составил 6,2 года (минимальное значение — 0 лет, максимальное — 22 года). Чаще всего смерть наступала через 11–12 лет от выявления — 19,1% случаев, а также непосредственно в год выявления ВИЧ — 11,1%.

В структуре причин летальных исходов ВИЧ-инфекции в 2013 году на стадии СПИДа преобладала микобактериальная инфекция (ТБ+АМБТ) — 55,5%. Прочие вторичные и оппортунистические заболевания явились причиной смерти в 22,7% случаев (пневмоцистная пневмония — 5,8%, сепсис — 2,7%, ЦМВИ — 0,7%, кандидоз — 0,5%, токсоплазмоз — 3,8%, онкозаболевания — 6,8%, криптококкоз — 2,4%). От причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией умерло 21,8% пациентов. Наиболее распространенной стадией ВИЧ-инфекции на момент смерти являлась стадия 4В (56,8%), а также неустановленная стадия (32,9%). Основными причинами смерти ВИЧ-инфицированных лиц без стадии СПИДа послужили интоксикации различными веществами (12,4%), заболевания сердечно-сосудистой системы (12,1%), заболевания пищеварительной системы, в том числе вирусные гепатиты (13,6%) и др.

Анализ внутригодичного распределения смертности ВИЧ-инфицированных пациентов показал равномерное распределение в течение всего года и отсутствие сезонных изменений. В гендерной характеристике преобладали мужчины (73%) в возраст 30–39 лет (62,6%). Среди женщин, доля которых в половой структуре умерших составляла 27%, также доминировала возрастная группа 30–39 лет (49,9%). Большинство пациентов умерли в стационарах различного профиля. Доля пациентов, умерших вне медицинских учреждений, составила 11,1%. В специализированных инфекционных стационарах скончались 29,1% пациентов, в многопрофильных больницах и клиниках — 16,6%. В профильных стационарах: фтизиатрических — 13,5%, наркологических — 0,5%, психиатрических — 0,4%. В УФСИН — 5,7%. Место смерти осталось неизвестным в 22,3% случаев.

Заключение. Несвоевременное выявление ВИЧ-инфекции приводит к высоким показателям смертности у впервые выявленных лиц. Среди умерших лиц охват диспансерным наблюдением по ВИЧ-инфекции и профильной медицинской помощью составил только 43,2%. Наиболее часто умирали пациенты в течение первого года от выявления ВИЧ, а также через 11–12 лет. Гендерная структура летальных исходов соответствует общей картине полового распределе-

ния ВИЧ-инфекции в городе. Из установленных причин смерти на стадии СПИДа преобладает микобактериальная инфекция (ТБ+АМБТ), без СПИДа — хронические вирусные гепатиты, интоксикации различными веществами и заболевания сердечно-сосудистой системы. Отсутствует выраженная сезонность смертности. Более 60% пациентов умирают в возрасте от 18 до 39 лет, женщины чаще (21%), чем мужчины, умирали в молодом возрасте 18–29 лет. Вне медицинских учреждений (дома, на улице) погибают 11,1% больных. Почти в одной четверти случаев место смерти установить не удалось.

Распространенность туберкулеза среди больных с ВИЧ-инфекцией в Омской области

О.А.Пасечник (Омск)

Актуальность. В Российской Федерации ежегодно увеличивается доля больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Цель исследования — оценка распространенности туберкулеза в контингенте больных с ВИЧ-инфекцией на территории Омской области.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование проявлений заболеваемости туберкулезом больных с ВИЧ-инфекцией за период 2004–2013 гг. Материалом для исследования послужили данные форм федерального государственного статистического наблюдения.

Результаты. На фоне роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Омской области и высокого уровня распространенности туберкулеза среди населения сохраняется высокий риск возникновения случаев сочетанной патологии. В структуре вторичных инфекций ведущее место занимал туберкулез (32,3%). Эпидемический процесс туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией на территории Омской области имел выраженную тенденцию к росту заболеваемости (темп прироста 14,7%). Сочетанную патологию туберкулеза и ВИЧ-инфекции имели 253 больных, причем 41,8% (106 случаев) — это новые случаи заболевания, выявленные в 2013 году. В контингенте ВИЧ-инфицированных лиц распространенность туберкулезной инфекции достигла 57,4 на 1000 контингента, что в 28 раз превысило распространенность туберкулеза в популяции населения Омской области. Средний риск заболеть туберкулезом для ВИЧ-инфицированных пациентов составил 24 случая на 1000 контингента, тогда как риск заболевания туберкулезом в общей популяции населения составлял 0,89 случаев на 1000 населения. 53,7% случаев туберкулеза выявлены у пациентов

в течение 1–2 лет после выявления ВИЧ-инфекции. Наличие установленного бактериовыделения у 44,7% больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией определяет важное эпидемиологическое значение таких больных.

Заключение. Распространение эпидемических очагов туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, требует особого внимания при планировании и реализации профилактических и противоэпидемических мероприятий, а так же подготовки и ориентации медицинских работников.

Причины смерти от ВИЧ-инфекции в 2012–2014 гг., кандидоз, как отягощающий фактор

*А.Г.Рахманова, М.И.Дмитриева, А.Б.Бубочкин
(Санкт-Петербург)*

ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге в 2012 году заболело 2940 человек, показатель на 100 тыс. населения составил 60,1, умерло 124 человека (2,53 на 100 тыс.), в 2013 году заболело — 3492 человека (70,5 показатель на 100 тыс. населения), умерло 147 (2,97 на 100 тыс.), что свидетельствует о росте заболеваемости и первичной регистрации умерших от ВИЧ-инфекции в 1,2 и 0,1 раза соответственно.

В 2014 году с января по август (8 мес.) ВИЧ+носительство первично выявлено у 2485 человек (49,42 показатель на 100 тыс. населения), за аналогичный период 2013 года заболело 2236 человек (показатель на 100 тыс. населения 45,14 на 100 тыс.). Следует сделать вывод о ежегодной динамике роста случаев выявления заболевания и смерти от ВИЧ-инфекции.

Получили в стационаре больницы им. С.П.Боткина с диагнозом болезнь вызванная ВИЧ за период с января по август: 2012 года — 3376 человек, умерли — 125 человек, 2013 года — 2966 человек, умерли — 181 человек, 2014 года — 2586 человек, умерли — 186 человек.

Нами проанализированы 224 истории болезни больных умерших в Клинической инфекционной больнице С.П.Боткина 2012–2014гг.

В числе умерших — мужчины 157 человек (70%), женщины 66 человек (30%). В возрасте от 20–29 лет 26,78%, от 30–39 лет 54,46% от 40–49 и старше более 18,7%. Работающее население 15,6%, не работающее 80,8%, неизвестно 3,6%. В анамнезе — алкоголизм у 41,5%, наркомания — 69,2%, МЛС — 28,6%. АРВТ получало 19,2% больных, АРВТ не получало — 59,8, неизвестно —

21%. Иммунограмма выполнена у 188 человек. Вирусная нагрузка определена у 24 пациентов.

Из изученных историй болезни, у 18 больных с наличием мицелия и различных видов кандиды подтвержденного гистологическим и бактериологическим исследованием.

Иммунодефицитные состояния у ВИЧ-инфицированных больных приводят к снижению эффективности защитных механизмов и активации *Candida*, вызывая различную глубину грибковой инвазии слизистых оболочек орофарингеальной области, пищевода и толстой кишки, с развитием эрозивного эзофагита, распространенного кандидозного колита, осложненного флегмоной кишки и перитонитом, который был выявлен у 24 больных. Выявление инвазивного кандидоза с наличием мицелия в основе ткани кишечника оказывало отягощающее влияние на течение генерализованного туберкулеза являющегося непосредственной причиной смерти больных, а у 10 больных кандидоз кишечника завершился кровотечением и таким образом явился непосредственной причиной смерти больного.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и лечения кандидоза у больных с тяжелым иммунодефицитом.

Результаты противовирусной терапии отечественными и пегилированными интерферонами больных хроническим вирусным гепатитом «С» с 2–3 генотипом с учетом стадии фиброза

*А.Г.Рахманова, Е.Ю.Колпащикова, С.Ю.Романова,
Н.Г.Захарова, Б.В.Стуков
(Санкт-Петербург)*

В Санкт-Петербурге отмечается рост удельного веса 3 генотипа вируса С (40%), который представляет определённую сложность при лечении, так как увеличивается риск прогрессирования фиброза печени (Pierre-Yves Bochud et al. 2009), что вероятнее всего обусловлено формированием жировой дистрофии гепатоцитов (О.С.Кузьмина, П.О.Богомоллов и соавтр. 2012).

Проанализированы результаты лечения 200 пациентов: 161 (80%) с 3 генотипом и 39 (20%) с 2 генотипом вируса С, — получавших противовирусную терапию (ПВТ) по поводу хронического вирусного гепатита С. Пациенты разделены на 2 группы: Интерферон альфа2в + рибавирин получали 104 чел (52%), пегинтерфероны альфа2 + рибавирин — 96 чел (48%).

Выявлено: быстрый вирусологический ответ достигнут у 184 (92%) пациентов, ранний вирусологи-

ческий ответ — у 194 (97%). Устойчивый вирусологический ответ на фоне лечения Альтевиром достигнут у 92 (88,4%) пациентов, хотя со степенью фиброза 3–4 у 74,2% пациентов, на фоне лечения пегилированными интерферонами у 91 (94,7%) пациентов, а со степенью фиброза 3–4 у 87%.

Установлена высокая эффективность лечения отечественными интерферонами генотипа 2–3 хронического гепатита С с низкой степенью фиброза, что сопоставимо с таковой при лечении пегилированными формами, но значительно ниже по стоимости. Это дает основание проводить лечение пациентов в условиях районных поликлиник в рамках системы ОМС. Больные с 2–3 генотипами с 3 степенью фиброза должны получать курс терапии пегилированными интерферонами продолжительностью не менее 48 недель. Лечение пациентов имеющих 4 степень фиброза независимо от генотипа вируса С должно быть обеспечено максимальной поддержкой стационарного лечения.

Хронизация вирусного гепатита «В» и элиминация вируса гепатита «С» у людей, перенесших лимфолейкоз

*Г.Г.Саламов, М.Р.Бобкова, В.Э.Тавасиева
(Москва)*

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных исследователей, соотношение хронических форм гепатитов В и С составляет примерно 1:4. Причины такого соотношения интенсивно исследуются и, в частности, могут объясняться иммунопатогенетическими особенностями этих вирусов. В основе патогенеза любого инфекционного процесса, лежит активация иммунной системы хозяина. Воздействие на иммунную систему, например, в результате приема цитостатиков может привести к тому, что иммунный ответ станет неадекватным или будет отсутствовать совсем, а это, в свою очередь, может изменить характер реакции иммунитета на вирусную инфекцию.

Целью исследования явилось установление соотношения частоты хронизации ВГВ и ВГС у людей, перенесших лимфолейкоз.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 12 пациентов, имеющих в анамнезе лимфолейкоз, обоего пола, средний возраст 29,7 лет. На момент настоящего исследования все пациенты находились в стадии длительной ремиссии (5–8 лет) по лейкозу. Всем пациентам в период лечения на фоне цитостатической терапии многократно проводили инфузионную терапию, как цельной кровью, так

и компонентами крови. Никто из 12 пациентов не имел других факторов риска инфицирования.

Результаты. В процессе последующих наблюдений гематологами и инфекционистами у всех пациентов были выявлены серологические маркеры обоих вирусных гепатитов — anti-HCV IgG и HBsAg.

Клинические проявления гепатита были минимальными, в то время как показатели биохимического анализов крови демонстрировали цитолиз средней степени (АЛТ 160–280 ммл/л). Другие биохимические маркеры были в пределах физиологической нормы. Количественный ПЦР-анализ выявил ДНК HBV у 11 из 12 пациентов в концентрации от $1,2 \times 10^2$ до $2,6 \times 10^4$, в то время как РНК HCV в ПЦР детектировался только у 2 из 12 пациентов. Все пациенты с положительным ДНК HBV получали многолетнюю (3–7 лет) терапию такими препаратами, как ламивудин, энтаковир, бараклюд по общепринятым схемам.

Обсуждение. Таким образом, вирус гепатита В ни у одного из 11 пациентов не элиминировался полностью. Соотношение хронических форм гепатитов В и С у пациентов, получавших цитостатики в ходе лечения лимфолейкоза, составило 11:2, что не соответствует соотношению, наблюдаемому в популяции в целом.

Заключение. У пациентов, получающих цитостатические препараты, частота хронизации гепатита В не отличается от таковой в других группах пациентов, так же как и частота элиминации гепатита С. Полученные данные носят предварительный характер ввиду небольшого числа наблюдений, однако вызывают большой интерес и требуют дальнейшего изучения особенностей как вируса гепатита В, так и иммунной системы таких пациентов.

Причины тяжелого течения и смертей у больных с ВИЧ и коинфекцией

*Е.В.Степанова, О.Н.Леонова, О.В.Пантелеева
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. В Санкт-Петербурге увеличивается количество пациентов с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете (на конец 2013 года — 31 920 человек), из них более 10 тысяч человек получают антиретровирусную терапию.

Материалы и методы. В Санкт-Петербурге, как и по всей России, отмечается постоянный рост пациентов в продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции и на конец 2013 года их количество составило более 15 тысяч человек. Умерли за весь период больные с ВИЧ-инфекцией — 8324 человека, в том числе от СПИДа — 2936 человек. В 2013 году в Санкт-Пе-

тербурге умерли 1191 пациент с диагнозом ВИЧ-инфекция. От числа умерших больных с ВИЧ-инфекцией: жители города — 65%, иностранные граждане — 14%; иногородние — 10%; лица БОМЖ — 3%; Ленинградская область — 8%. Из 1191 умерших 56,8% больных не состояли на диспансерном учете в Центре СПИД. С диагнозом ВИЧ-инфекция в стадии СПИДа умерли — 49,2% больных, тогда как в 2012 году умерли 35% больных в стадии СПИДа.

Результаты. В Санкт-Петербурге среди причин смерти лидирующее место занимает туберкулез — 36%; хронический вирусный гепатит — 9,3%; сепсис — 6,4%; онкология — 5%; токсоплазмоз — 2,7%; криптококкоз — 2,3%; пневмоцистная пневмония — 2,3%; цитомегаловирусная инфекция — 0,8%. Пациенты с ВИЧ-инфекцией в основном умирали в инфекционных стационарах города (Клиническая инфекционная больница им. С.П.Боткина и Центр СПИДа) — 29,2%. В туберкулезных стационарах города от ВИЧ-инфекции и туберкулеза умерли 23,5% больных. Остальные пациенты с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом умирали в различных многопрофильных стационарах города, куда поступали в крайне тяжелых состояниях и перевод в специализированный стационар вследствие тяжести состояния был невозможен. Увеличивается количество пациентов в более старших возрастных группах, что приводит к росту сопутствующей патологии и причин смерти от них — 37,6%. Так в многопрофильных стационарах города по различным причинам умерли — 16,6% больных с ВИЧ: сердечно-сосудистая патология составила — 12%; заболевания органов пищеварения явились причиной смерти у 12% пациентов; онкология не ВИЧ-ассоциированная — 1,1%. Дома умерли — 10,8% больных. Хронические вирусные гепатиты являются второй причиной смерти больных с ВИЧ-инфекцией и в 2013 году они составили — 10,5%. Утяжеляющими факторами смерти от ХВГ явились: прием наркотиков — 65%; алкоголя — 21%; полинаркомания — 9,3%. Средняя продолжительность ХВГ составила 8 лет. Смерть пациентов с хроническими вирусными гепатитами наступала от желудочно-кишечного кровотечения — в 73% случаях и в 27% от печеночной недостаточности. Средний возраст умерших пациентов — $36,8 \pm 6,2$. Лидирующее место занимали мужчины и составили — 68%. За последние годы среди умерших изменился социальный статус: увеличилось количество пациентов не употребляющие наркотические вещества или находящихся в ремиссии более 6 месяцев — 23,8%; работающие граждане составили — 19,3%. Но в соста-

ве умерших наблюдается рост больных-инвалидов — 20,3%.

Заключение. Тяжелому течению ВИЧ-инфекции способствуют: позднее обращение к врачу, сочетание двух и более тяжелых вторичных заболеваний. Увеличивалось общее число и число смертей больных с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа.

Согласованность оценок приверженности к ВААРТ: результаты полевого исследования

*А.В.Суворова, А.С.Устинов, О.С.Левина,
А.Н.Беляков, А.Ф.Махаматова, Р.Хеймер
(Санкт-Петербург, Нью-Хейвен)*

Актуальность. В настоящее время предложено много способов измерения приверженности к ВААРТ. Оценки на основе клинических показателей объективны, но их регулярный сбор требует временных, организационных и финансовых затрат. Кроме того, при исследовании факторов, влияющих на приверженность, необходимо знать и мнение самого пациента о его приверженности.

Материалы и методы. В данном исследовании проведено сравнение различных способов измерения приверженности: как на основе клинических показателей, так и на основе самоотчетов. Было проведено кросс-секционное исследование 242 пациентов (138 мужчин и 104 женщины) Санкт-Петербургского Центра СПИД, получающих ВААРТ не менее полугода, в рамках которого получены данные о самооценке приверженности за последний месяц и за последние полгода. Проведен анализ медицинской карты каждого респондента для получения таких показателей как вирусная нагрузка, CD4-лимфоциты и оценка приверженности врачом.

Результаты. Сравнение различных показателей приверженности согласно коэффициенту каппа Коэна показало отсутствие согласованности оценок по самоотчетам и медицинским записям ($k < 0,2$). Слабо согласованы оценка врача и оценка по клиническим показателям ($k = 0,33$, $p\text{-value} < 0,001$). Согласованность самоотчетов между собой лучше ($k = 0,59$, $p\text{-value} < 0,001$), что, однако, все равно соответствует лишь среднему уровню согласованности. Выявлено, что по оценке врача и по уровню вирусной нагрузки женщины более привержены, чем мужчины ($p < 0,05$). При этом у мужчин оценки по самоотчетам лучше согласованы ($k = 0,69$, $p\text{-value} < 0,001$), чем у женщин ($k = 0,42$, $p\text{-value} < 0,001$).

Заключение. Исследование показало слабую согласованность оценок приверженности по самоотчетам и по медицинским записям. Существенных раз-

личий в согласованности оценок в зависимости от пола респондента не выявлено.

Четыре возбудителя вызвавшие одновременное поражение головного мозга

*В.А.Цинзерлинг, В.Е.Карев, Н.А.Федорова
(Санкт-Петербург)*

Актуальность. Клиницисты и патологоанатомы часто встречаются со смешанными инфекциями особенно при ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа. Гистологические и иммуногистохимические особенности таких поражений остаются не вполне ясными.

Материал и методы. Нами было изучено аутопсийное наблюдение пациента П., 31 года, умершего от вирусологически верифицированной ВИЧ-инфекции с выраженными поражениями головного мозга. Наряду со стандартным макро- и микроскопическим изучением было проведено иммуногистохимическое исследование головного мозга и легких с использованием сывороток против ВИЧ (p24), токсоплазмы, вирусов простого герпеса 1/2, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, вируса герпеса 6 типа, хламидии трахоматис, микоплазмы пневмонии и макрофагального маркера CD68. Дополнительно было проведено иммунофлюоресцентное исследование с сывороткой против антигена хламидий.

Результаты. Наиболее значимыми оказались поражения головного мозга. Прижизненно в цереброспинальной жидкости имелся умеренный лимфоцитарный цитоз ($12,3 \times 10^6/\text{л}$) при ПЦР была обнаружена ДНК токсоплазмы и вируса Эпштейна-Барр. Макроскопически выявлен многофокусный некротический энцефалит с геморрагическим компонентом. При гистологическом исследовании — васкулит, острые некротические изменения и очаги пролиферации CD68+ клеток. Немногочисленные глиальные клетки экспрессировали антиген p24. Во многих клетках, окружающих очаг микрогальной пролиферации обнаружен антиген токсоплазмы. Выявлена очаговая диффузная экспрессия антигена вируса Эпштейна-Барр. Антиген хламидий выявлен в виде мелких внутриклеточных гранул, а при иммунофлюоресцентном исследовании и виде крупных внеклеточных телец.

Закключение. Нам удалось диагностировать поражения головного мозга в одном наблюдении, обусловленные четырьмя возбудителями одновременно с некоторыми особенностями морфологических про-

явлений, обусловленные ВИЧ, токсоплазмами, вирусом Эпштейна-Барр и хламидиями.

Мотивация и готовность женщин детородного возраста к тестированию на ВИЧ-инфекцию

*А.В.Шаболтас, Ю.В.Батлук, Т.Н.Балашова
(Россия, США)*

Актуальность. Современная эпидемия ВИЧ в России характеризуются повышением роли гетеросексуального пути передачи инфекции. Наибольшему риску подвергаются молодые сексуально активные женщины, которые являются «мостом» для передачи ВИЧ от потребителей инъекционных наркотиков в общую популяцию. Тестирование на ВИЧ является одной из эффективных профилактических стратегий. Повышение мотивации и готовности к прохождению теста на ВИЧ среди женщин из общей популяции является актуальной задачей профилактики.

Материалы и методы. Цель исследования заключалась в выявлении мотивов и барьеров для прохождения тестирования на ВИЧ у женщин, посещающих женские консультации г.Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 362 женщины детородного возраста.

Процедуры исследования: очное интервью и фокус группы.

Результаты. Женщины с анамнезом ИППП более мотивированы на прохождение теста на ВИЧ. Выявлено рассогласование между заявляемыми мотивами прохождения тестирования — «забота о здоровье»; «снижение беспокойства по поводу возможного заражения»; «мнение медицинского специалиста» и реальными причинами прохождения тестирования в прошлом — сопровождение беременности; требование работодателя; тестирование во время госпитализации и подготовки к оперативному вмешательству. Основные барьеры — отсутствие осознания личного риска и отсутствие легкого и безопасного доступа для прохождения тестирования.

Закключение. Повышение мотивации и готовности женщин из общей популяции к тестированию на ВИЧ требует формирования субъективного осознания личного риска, а также создания внешних привлекательных условий (место, время, конфиденциальность).

Исследование выполнялось в рамках российско-американской инициативы по профилактике ВИЧ при поддержке гранта Российского Фонда Научных Исследований и Национальных институтов здоровья США.