

УДК: 616.9:616-091.0

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА АУТОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ

А.В.Хохлова

Санкт-Петербургский Государственный Университет, Россия

VIRAL HEPATITIS IN ASSOCIATION WITH HIV INFECTION ON AUTOPSY MATERIAL

A.V.Khokhlova

Saint Petersburg State University, Russia

© А.В.Хохлова, 2015 г.

Актуальность проблемы ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов связана с их широкой распространенностью, нередким сочетанным течением и высокой летальностью. В данной работе в качестве метода исследования, проводился анализ протоколов вскрытия, на базе Клинической инфекционной больницы им. С.П.Боткина. Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета MS Excel. В статье анализируется взаимное влияние ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, приводятся данные по умершим ВИЧ-инфицированным, по причинам смерти в стадии СПИДа, проценту коинфицированных ВИЧ/ХВГ, с выделением умерших по причинам связанным с хроническим вирусным гепатитом. Показано, что 92% умерших в стадии СПИДа были инфицированы вирусным гепатитом, и только у 11% смерть была вызвана обострением ХВГ, у большей части (41%) непосредственной причиной смерти явился туберкулез.

Ключевые слова: ВИЧ, причины смерти, хронический вирусный гепатит, коинфекция.

The urgency of the problem of HIV and viral parenteral hepatitis is determined by common epidemiological, social and economic indicators. In this paper, as a method of study, analyzed the autopsy, at City Hospital for Infectious Diseases named after Botkin. Statistical processing was performed using the software package MS Excel. Determined by the arithmetic mean indicators, standard deviation, standard error of the mean. The paper analyzes the mutual influence of HIV and viral hepatitis, given the obtained statistical data on the composition of deceased HIV-positive in 2011 and 2012. Data on causes of death in HIV-infected patients with AIDS, the percentage of HIV/CVH coinfecting, special emphasis was placed HIV-infected patients who died for reasons related to chronic viral hepatitis. The main findings of this study were as follows: 92% of deaths with AIDS were infected with viral hepatitis, and only 11% of the deaths were caused by the aggravation of chronic viral hepatitis, the greater part died because of tuberculosis 41%.

Key words: HIV, the cause of death, chronic viral hepatitis coinfection.

Введение. Широкое распространение ВИЧ-инфекции, в сочетании с парентеральными вирусными гепатитами, на сегодняшний день является социально значимой проблемой во всем мире. По данным ВОЗ и UNAIDS в 2012 г. насчитывалось 35,3 миллиона людей с ВИЧ. [12]. На территории РФ, к 31 декабря 2012 г. по данным Федерального Центра СПИД, общее число зарегистрированных россиян, инфицированных ВИЧ, составило 721264 человек [8]. Наиболее высокие показатели заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией, выявлены в Самарской, Иркутской, Ленинградской и Московской областях. [6, 11].

В нашей стране ВИЧ-инфекция поражает преимущественно молодое население: за весь период наблюдения у 62,8% эта инфекция была диагности-

рована у людей в возрасте до 30 лет. Вместе с тем наблюдается устойчивая тенденция уменьшения доли молодежи среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ. [7, 11, 24].

Среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, сообщивших о возможном факторе риска заражения, 56,1% ВИЧ-позитивных, основным фактором риска было указано употребление наркотиков нестерильным инструментарием, гетеросексуальные контакты, как основной фактор риска заражения были указаны у 41,9%, доля ВИЧ-позитивных лиц, заражение которых, вероятно, связано с половыми контактами между мужчинами, составила 0,92%, 1,08% приходится на другие факторы риска, такие как переливание ВИЧ-инфицированной крови, заражение детей от ВИЧ-позитивных матерей во время беремен-

ности, родов и грудного вскармливания, заражение матерей от детей при грудном вскармливании, нахождение в нозокомиальном очаге [3, 8, 20, 22].

В странах Европы и США вирусный гепатит С (ВГС) является причиной 20% острого гепатита, 70% хронического, 65% гепатоцеллюлярной карциномы, 40% цирроза печени, 30% трансплантаций печени [29]. Частота вновь выявленных случаев заболевания гепатитом С составляет 1–5 на 100 тыс. населения, причем считается, что истинная цифра в 5–8 раз выше. В нашей стране за последние годы заболеваемость ВГС выросла с 3,2 на 100 тыс. населения в 1994 году до 19,3 в 1999 г., а в 2000 году этот показатель составил 20,7 [17, 26]. У 60–80% человек заболевание принимает хроническое течение. Хронический гепатит С (ХВС) сегодня может быть диагностирован у 150–200 млн. жителей Земли [13].

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется примерно 50 млн. заболевших вирусным гепатитом В (ВГВ). Самые высокие уровни распространенности гепатита В отмечаются в Африке к югу от Сахары и в Восточной Азии. Большинство жителей этих регионов приобретают гепатит В в детстве, а от 5% до 10% взрослого населения имеют хроническую инфекцию. Высокие показатели хронических инфекций отмечаются также в районе Амазонки и в южных частях Восточной и Центральной Европы. Хронически инфицировано от 2% до 5% общего населения Ближнего Востока и Индийского субконтинента. В Западной Европе и Северной Америке хронически инфицировано менее 1% населения [18, 19, 29].

Вирусный гепатит В на территории Российской Федерации не имеет такого широкого распространения, как инфекция ВГС. Заболеваемость острым гепатитом В (ОВГ) в нашей стране колеблется по отдельным регионам от 20 до 100 на 100 тыс. населения и в среднем за 2000 год составила 42,1 на 100 тыс. Несмотря на снижение заболеваемости ОВГ за последние годы, что связывают с осуществлением программы вакцинации населения против ВГВ, общее количество людей в мире, инфицированных ВГВ, находится, примерно на одном уровне. Разные регионы мира отличаются различной частотой регистрации инфекции в общей популяции [19, 18].

Отличительной чертой современного периода является возникновение гепатитов смешанной этиологии (микст-гепатитов), удельный вес которых прогрессирующе возрастает. Наличие одновременно нескольких вирусов гепатитов в организме значительно увеличивает вероятность неблагоприятных последствий и исходов вирусных гепатитов [5, 16, 17].

Возросшее число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и низкая осведомленность насе-

ления о мерах профилактики гемоконтактных инфекций, либо недостаточный охват, просветительских работ способствуют неконтролируемому распространению коинфекции [3, 22].

В мире общее число пациентов с коинфекцией составляет по крайней мере 4–5 млн. человек. Частота HCV-инфекции у ВИЧ-инфицированных составляет в среднем 20–40% и зависит от пути распространения ВИЧ. В США и Западной Европе среди ВИЧ-инфицированных пациентов ХГС заражены 72–95% внутривенных наркоманов, до 12% мужчин, имевших секс с мужчинами, и до 27% пациентов, инфицированных гетеросексуальным путем [3, 20, 26, 27].

Последнее десятилетие ознаменовалось внедрением в клиническую практику высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), это не только существенно повысило продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированных пациентов, но и дало возможность более полно изучить взаимодействие ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, которые до этого не успевали проявить себя более полно как клинически, так и морфологически. Вместе с тем, в ряде как развитых, так и развивающихся стран, число фатальных оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных, продолжает расти. Это, по-видимому, связано, отчасти, с экономическими трудностями, отчасти с низкой санитарной культурой населения и высоким распространением социально значимых заболеваний (наркомания, алкоголизм) [4, 9, 14, 21].

В этих условиях, по мнению многих авторов, вирусные гепатиты В и С стали одной из основных причин смерти среди ВИЧ-инфицированных, коинфекция ВИЧ/ВГС ускоряет темп прогрессирования болезни печени, повышает риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. По данным многоцентрового исследования, частота развития цирроза печени в течение 10 лет у ВИЧ-инфицированных была в 5 раз выше, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции [1, 2, 5, 16, 20]. Полагают, что если до внедрения ВААРТ заболевания печени приводили к смерти около 10% ВИЧ-инфицированных пациентов (около 90% умирали от ВИЧ-инфекции и её осложнений), то после начала использования ВААРТ структура летальных исходов существенно изменилась. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов значительно увеличился удельный вес погибших от хронических вирусных гепатитов, не получавших противовирусной терапии по поводу специфического поражения печени. Проведение ВААРТ может оказывать неблагоприятное влияние на течение хронического вирусного гепатита, способствовать его

прогрессированию в отдалённом периоде, т.к. некоторые антиретровирусные препараты обладают гепатотоксичностью. У пациентов, инфицированных ВГВ, вирус иммунодефицита может способствовать хронизации острого гепатита В, снижению частоты сероконверсии HBsAg и HBeAg, или активизации хронического гепатита В, особенно при развитии у больных тяжёлого иммунодефицита, а так же наличие ВИЧ-инфекции может затруднять диагностику вирусного гепатита, получению ложноотрицательных результатов исследования антител к вирусу гепатита С (анти-HCV) методом ИФА [5, 16, 20].

В настоящее время нет сведений о том, что вирус гепатита В влияет на прогрессирование ВИЧ-инфекции или на эффективность ВААРТ. Вирус гепатита С, по всей видимости, также мало влияет на эффективность ВААРТ и не оказывает действия на прогрессирование ВИЧ-инфекции [3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 20].

Таким образом, в связи с продолжающимся ростом распространённости ВИЧ-инфекции и увеличением частоты смешанных форм инфекции ВИЧ/ВГС или ВИЧ/ВГВ, особую актуальность приобретают вопросы тактики ведения и лечения пациентов, страдающих одновременно ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом В или С. Работ, посвященных анализу смешанных инфекций, вызванных ВИЧ и вирусами гепатита, в литературе нет.

Задачами исследования являются:

- 1) изучение влияния ВИЧ-инфекции на исходы ВГ;
- 2) оценка роли хронических вирусных гепатитов в танатогенезе при ВИЧ-инфекции;
- 3) изучение влияния коинфекции ВИЧ с ВГ на продолжительность жизни.

Материал и методы исследования. В данной работе проведен анализ протоколов вскрытия, на базе городской инфекционной больницы имени С.П.Боткина. Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета MS Excel. Определялись среднеарифметические показатели, стандартные отклонения, стандартная ошибка среднего [10].

Были отобраны 267 протоколов (сплошная выборка) умерших от ВИЧ-инфекции подвергшихся патологоанатомическому вскрытию. При разработке учитывались: давность ВИЧ-инфекции, наличие парентерального вирусного гепатита и его давность, индекс гистологической активности, гистологический индекс склероза, причина смерти, возраст, пол, социальный статус, сопутствующая патология.

Результаты исследований. Среди 267 человек 173 (64,8%) мужчин, 94 (35,2%) женщин (рис. 1).

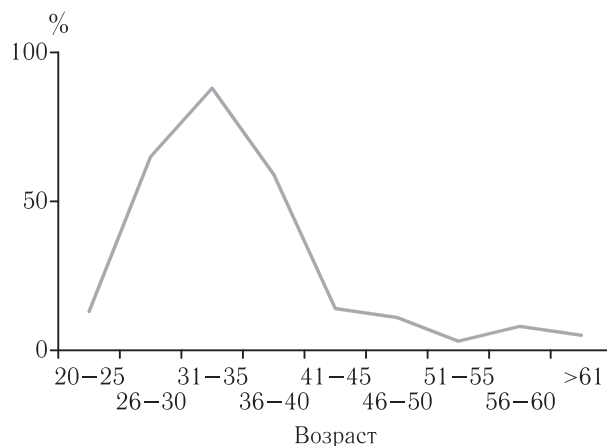


Рис. 1. Число летальных исходов по возрастным группам.

В исследованной группе число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) составило 48%, злоупотребляющие алкоголем и инъекционные наркотики 16,5%, принимающие только алкоголь 12,35%. Среди включенных в анализ пациентов 8,6%, находились в местах лишения свободы. Только 3% были социально сохранены, у 20,15% социальный статус неизвестен (рис. 2).

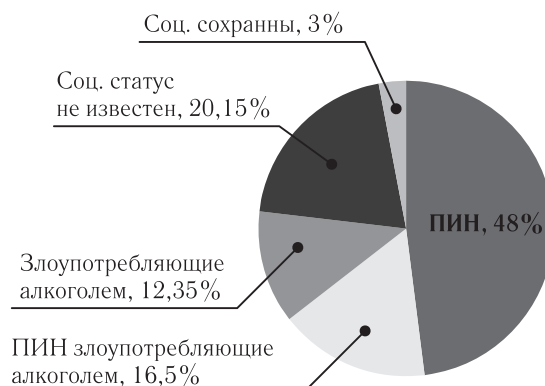


Рис. 2. Социальная характеристика умерших.

Среди отобранных пациентов большую часть составили инфицированные парентеральными вирусными гепатитами В+С 40,5%, на втором месте хроническим вирусным гепатитом С (39%) (рис. 3).

Из группы пациентов больных микст гепатитами (В+С), мужчин 67,6%, женщин 32,4%, средний возраст 34,19 года, стандартное отклонение 6,38. Самой распространенной причиной смерти (рис. 4) явился туберкулез, различных форм 46,3%, обострение хронического вирусного гепатита 18,5%, пневмонии различной этиологии 11,7%, менингоэнцефалиты, различной этиологии исключая туберкулезную 6,6%, онкологические заболевания 1,8%, иные причины смерти 14,8%. Средняя продолжительность жизни после установления ВИЧ-статуса 7,3 года, у 16,6% ВИЧ впервые выявленный. Средняя продолжитель-

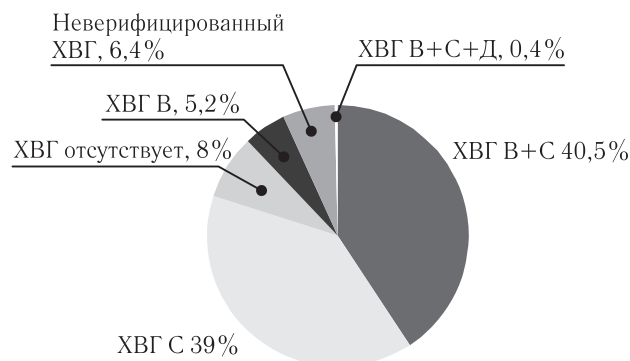


Рис. 3. Вирусные гепатиты.

ность микст-гепатита у данной группы 10,5 лет, гепатиты неизвестной давности составляют 73%. Поражение печени в основном протекало с малой активностью процесса в ней 70,4%, с умеренной активностью 13%, с выраженной активностью 16,6%. В 35,18% случаев гепатит протекал с мелкоаннулярной перестройкой. 53% являлись потребителями инъекционных наркотиков, 8% злоупотребляли алкоголем, 25% являлись потребителями инъекционных наркотиков и злоупотребляли алкоголем, 0,9% можно отнести к группе социально благополучных. 10,2% находились в местах лишения свободы, 3,7% отнесены к группе БОМЖ.

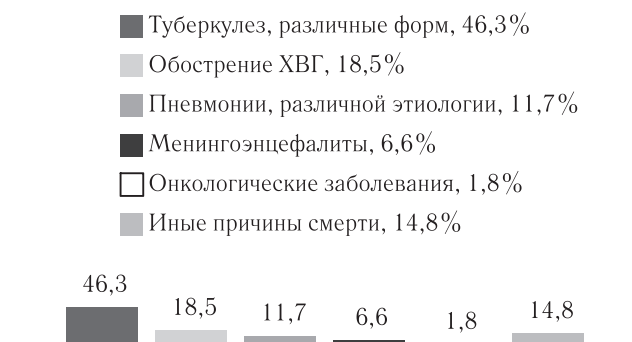


Рис. 4. Причины смерти, при ХВГ В+С.

Среди исследованных в группе с вирусным гепатитом С, мужчин 73%, женщин 27%, средний возраст 33,58 лет, стандартное отклонение 7,18. Самой распространенной причиной смерти явился туберкулез, различных форм 44,2%, пневмонии различной этиологии 17,35%, менингоэнцефалиты, различной этиологии исключая туберкулезную 13,5%, обострение хронического вирусного гепатита 4,8%, онкологические заболевания 8,65%, иные причины смерти 11,5%. Средняя продолжительность жизни после установления ВИЧ-статуса 6,52 года, у 25% ВИЧ впервые выявленный. Средняя продолжительность гепатита у данной группы 5,7 лет, ХВГ С неизвестной давности составляют 85,6%. Поражение печени в основном протекало с малой активностью процес-

са в ней 76%, с умеренной активностью 15,4%, с выраженной активностью 8,6%. В 18,3% случаев гепатит протекал с мелкоаннулярной перестройкой. 50% являлись потребителями инъекционных наркотиков, 9% злоупотребляли алкоголем, 17% являлись потребителями инъекционных наркотиков и злоупотребляли алкоголем. 9,6% находились в местах лишения свободы, 4,8% из группы БОМЖ.

Среди обследованных в группе с вирусным гепатитом В, мужчин 64,3%, женщин 35,7%, средний возраст 42,5 лет, стандартное отклонение 12. Самой распространенной причиной смерти явился туберкулез, различных форм 28,6%, пневмонии различной этиологии 28,54%, среди которых преобладали пневмоцистные (75% среди всех пневмоний, 21,4% среди всех причин смерти), менингоэнцефалиты, различной этиологии исключая туберкулезную 21,42%, среди которых преобладали криптококковой этиологии (66,6% среди всех менингоэнцефалитов, 14,3% среди всех причин смерти), обострение хронического вирусного гепатита 7,14%, иные причины смерти 7,14%. Средняя продолжительность жизни после установления ВИЧ-статуса 5,1 лет, у 35,7% ВИЧ впервые выявленный. Только один из 14, в данной группе, знал о своей инфицированности вирусным гепатитом В, длительность которого один год, как и ВИЧ инфекции. Поражение печени в основном протекало с малой активностью процесса в ней 78,6%, с умеренной активностью 21,4%, с выраженной активностью пациенты в данной группе отсутствуют. В 14,3% случаев гепатит протекал с мелкоаннулярной перестройкой. 14,28% являлись потребителями инъекционных наркотиков, и столько же злоупотребляли алкоголем, 7,14 можно отнести к социально сохранным. Один пациент из 14 находился в месте лишения свободы.

Среди обследованных в группе с неверифицированным вирусным гепатитом, мужчин 53%, женщин 47%, средний возраст 34,29 года, стандартное отклонение 9,4. Самыми распространенными причинами смерти (рис. 5) явились туберкулез, различных форм 23,5%, пневмонии различной этиологии 23,5%, обострение хронического вирусного гепатита 23,5%, менингоэнцефалиты, различной этиологии исключая туберкулезную 17,7%. Средняя продолжительность жизни после установления ВИЧ-статуса 6 лет, у 64,7% ВИЧ впервые выявленный. Каждый случай неверифицированного вирусного гепатита в исследованной группе был впервые выявлен и ранее не диагностирован. Поражение печени в основном протекало с малой активностью процесса в ней 70,5%, с умеренной активностью 6%, с выраженной активностью пациенты в данной

группе 23,5%. В 23,5% случаев гепатит протекал с мелкоаннулярной перестройкой. 35,3% являлись потребителями инъекционных наркотиков, злоупотребляли алкоголем 41,2%, употребляли наркотики и злоупотребляли алкоголем 6%. Один пациент из 17 находился в месте лишения свободы.

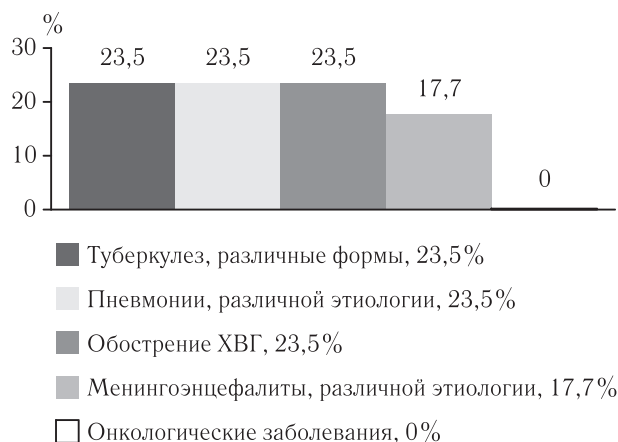


Рис. 5. Причины смерти, при неverifiedированном ХВГ.

Инфицированным микст гепатитами (В+С+Д), был один пациент.

Самой распространенной причиной смерти в исследованной группе явился туберкулез различных форм (41%).

Среди пациентов умерших от обострения хронического вирусного гепатита, 60% мужчин, женщин 40%. Средний возраст 36,5 лет, стандартное отклонение 9,2. В среднем прошло 7,5 лет после установления ВИЧ-статуса до момента смерти. У 40% ВИЧ ранее не был диагностирован. Средняя длительность гепатита 9,7 лет, 76,6% не знали о своем диагнозе, 3% малоактивный гепатит, 20% с умеренной активностью, с выраженной активностью процесса в печени 77%. Самым распространенным вирусным гепатитом (рис. 6) явился ХВГ В+С — 67%, 16% — ХВГС, 13% — неverifiedированный вирусный гепатит, 3% — ХВГВ. 20% являлись потребителями инъекционных наркотиков, злоупотребляли алкоголем — 43%, употребляли наркотики и злоупотребляли алкоголем — 20%.

Средняя продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных после постановки диагноза в среднем составила 6,65 лет, стандартное отклонение 4,11. При коинфекции с вирусными гепатитами средняя продолжительность жизни 6,8 лет, стандартное отклонение 4,08, при отсутствии вирусного гепатита серологически и морфологически — 3,3 года, средний возраст в этой группе 42 года, что значительно отличается от среднего возраста в генеральной последовательности, стандартное отклонение 11,

что вероятнее всего искажает результат и не позволяет судить о длительности жизни, а так же исключить влияние других факторов на среднюю продолжительность жизни в данной группе. 26% не знали о том, что они инфицированы ВИЧ.

Обсуждение. Высокая частота встречаемости как ХВГС (39%) отдельно, так и в сочетании с ХВГ В (40,5%), а так же низкий уровень инфицированности только ХВГ В (5,2%), в исследованной группе ВИЧ-инфицированных, указывает на то, что парентеральный механизм заражения, как самой ВИЧ-инфекцией, так и вирусными гепатитами, чаще всего реализуется при совместном использовании нестерильного одноразового инструментария, среди потребителей инъекционных наркотических средств, что подтверждает количество ПИН (64,5%). Кроме этого, среди инфицированных ХВГ В+С 78% — ПИН, ХВГС — 67%, а в группе только с ХВГ В ПИН всего — 14,3%, из чего так же следует вывод, что инфицирование ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом В, реализовывалось преимущественно половым путем, что наиболее характерно для вирусного гепатита В.

В группе, где вирусный гепатит не был обнаружен ни лабораторными методами, ни при гистологическом исследовании, наблюдался самый высокий процент социально сохранных граждан — 23,8%, и самый низкий процент ПИН — 4,8%.

Самый высокий процент злоупотребляющих алкоголем, при относительно среднем количестве ПИН (35,3%), наблюдался в группе ВИЧ-инфицированных пациентов с неverifiedированным ХВГ, и составил — 41,2%.

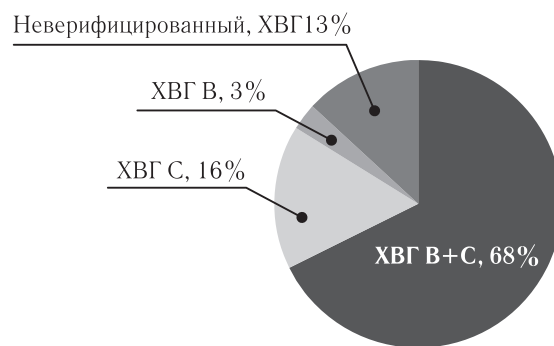


Рис. 6. Этиология вирусного гепатита, при ведущей причине смерти от обострения ХВГ.

Почти одинаковое число мужчин и женщин, наблюдалось в группе с неverifiedированным вирусным гепатитом, 53% и 47% соответственно, для других групп характерно превалирование мужчин: ХВГ С 73%, ХВГ В+С 67,6%, ХВГ 64,3%, при отсутствии ХВГ 62%.

Больше всего ВИЧ-инфицированных, в возрастных группах (рис. 7) от 20 до 30 и от 31 до 40, наблюдалось в группе с ХВГ В+С, 25,5% и 65% соответственно, средний возраст составил 34,2 года, стандартное отклонение 6,4 лет, и в группе с ХВГ С, 36% и 54% соответственно, средний возраст составил 33,6 года, стандартное отклонение 7,2 года. Самый высокий процент обследованных пациентов, в возрастной группе от 51 до 60 лет и выше, наблюдался среди инфицированных вирусным гепатитом В — 35,5%, средний возраст, в данной группе составил 42,5, стандартное отклонение 12 лет. При отсутствии вирусного гепатита наблюдалось близкое к равномерному распределению по возрастным группам умерших ВИЧ-инфицированных.

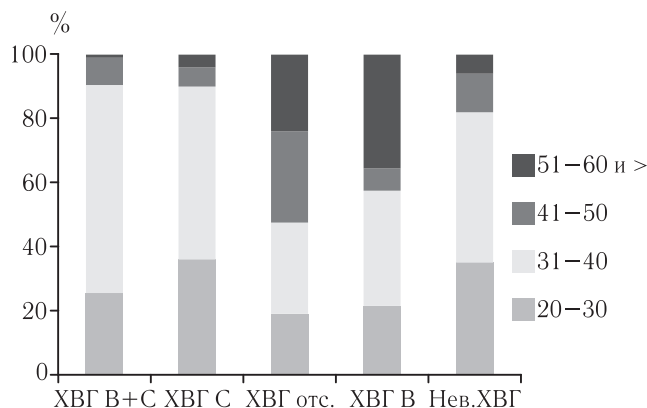


Рис. 7. Распределение возрастных групп в % по диагнозу ХВГ.

В группе ВИЧ-инфицированных в сочетании с ХВГ В+С, отмечается самое длительное течение ВИЧ-инфекции, в среднем это 7,3 года, стандартное отклонение 4, а самое непродолжительное течение наблюдалось в группе с отсутствием вирусного гепатита — 3,7 года, стандартное отклонение 4. Из рисунка 8, можно заметить, что существует связь между возрастом и длительностью течения ВИЧ, чем больше возраст, на вероятный момент инфицирования, тем быстрее ВИЧ переходит в терминальную стадию. На данное обстоятельство может влиять огромное число факторов, установление которых требует отдельного рассмотрения и детального изучения этой группы ВИЧ-инфицированных.

Самое длительное течение ХВГ, наблюдается в группе с ХВГ В+С+Д, 13 лет, но так как эта группа представлена одним пациентом, данный показатель нельзя рассматривать в качестве оценки длительности вирусного гепатита с данным сочетанием. Кроме этого, продолжительное поражение вирусным гепатитом, наблюдалось в группе с ХВГ В+С, 10,5 лет, стандартное отклонение 5, при этом, впервые выявленные гепатиты составили 76% от общего

числа ВИЧ-инфицированных с ХВГ В+С, что не позволяет судить об истинной продолжительности вирусного гепатита. Подобное явление наблюдается и при остальных вирусных гепатитах, при ХВГ С — 85,6%, при ХВГ В — 93%, при неverified инфицированном ХВГ — 100%.

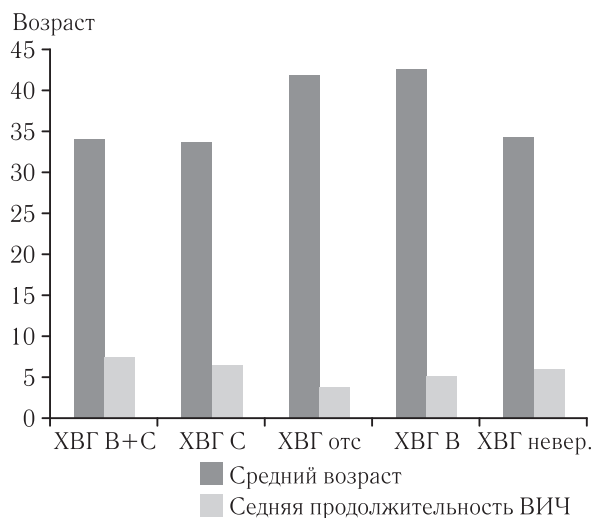


Рис. 8. Длительность течения ВИЧ в годах по диагнозам.

Хронические вирусные гепатиты протекали преимущественно с минимальной активностью процесса (рис. 9), ХВГ В+С+Д не рассматривался, в связи с тем что представлен одним пациентом. Большее число вирусных гепатитов с высокой активностью наблюдалось при неverified инфицированном ХВГ, и составило 23,5%, к самым «вялотекущим» гепатитам, можно отнести ХВГ В, в группе которого высокоактивный процесс в печени не наблюдался, а вирусный гепатит с малоактивным течением составил 78,4%.

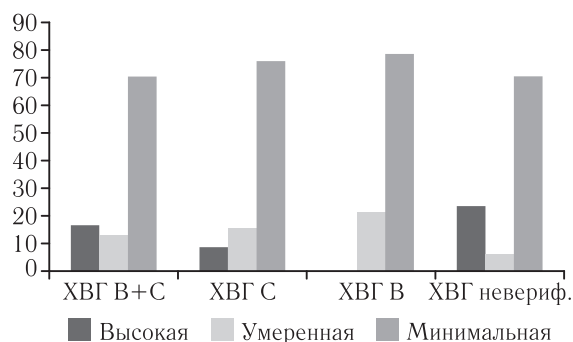


Рис. 9. Степени активности процесса в группах ХВГ (по гистологическим проявлениям).

Мелкоаннулярная перестройка печени, чаще наблюдалась при сочетании вирусных гепатитов В и С, и составила 35,2%, меньше всего мелкоаннулярное склерозирование ткани печени, происходило

у ВИЧ-инфицированных в сочетании с вирусным гепатитом В — 14,3%.

Заключение. В ходе выполненного исследования на базе клинической инфекционной больницы им. С.П.Боткина, были получены следующие результаты. Большинство умерших от ВИЧ, были инфицированы вирусными гепатитами: ХВГ В+С (40,5%), ХВГ С (39%), ХВГ В (5,2%), неverified вирусный гепатит (6,4%), ХВГ В+С+D (0,4%). Вирусный гепатит не был обнаружен ни при лабораторной диагностике, ни при гистологическом исследовании, у 8% отобранных ВИЧ-инфицированных. Хронические вирусные гепатиты имели

ведущую роль в танатогенезе, лишь в 11,19% наблюдений с сочетанными поражениями. Ведущей причиной смерти явились различные формы туберкулеза (41%), преимущественно генерализованные, на втором месте различные по этиологии, исключая туберкулезную, пневмонии (17%), 13% менингоэнцефалиты различной этиологии и иные причины смерти, 5% умерли от онкологических заболеваний. Особенности клинических и морфологических проявлений хронических вирусных гепатитов в сочетании с ВИЧ-инфекцией нуждаются в дальнейшем изучении, что является перспективным и актуальным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 87 с.
2. Байкова Т.А., Лопаткина Т.Н. Внепеченочные проявления хронических вирусных гепатитов В и С // Тер. архив. 2013. — Т. 85. — № 4. — С. 1–5.
3. Бартлетт Джон, Галлант Джозел Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2011. — С. 18–20.
4. Лечение ВИЧ-инфекции. НИОТ в схемах ВААРТ: спутник специалиста ВИЧ/СПИД сегодня и рядом / Под ред. Н.А.Белякова, Н.В.Сизовой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. — 64 с.
5. Блохина Н.П. Клинические аспекты гепатита С у ВИЧ-инфицированных // Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. 2002. — № 2 (12). — С. 1–2.
6. Виноградова Т.Н., Рахманова А.Г., Леонова О.Н., Рассохин В.В. ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге // Казанский мед. жур. 2011. — Т. 92. — № 2. — С. 269–272.
7. Вирус иммунодефицита человека — медицина / Под. ред. Н.А.Белякова, А.Г.Рахмановой. — 2-е изд. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр — 2011. — 656 с.
8. ВИЧ-инфекция /под ред. Соколова Е.В. — М: Инф. бюл. — 2013. — № 38. — С. 48–52.
9. ВИЧ-инфекция — проблема человечества // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2009. — Т. 1. № 11. — С. 5–23.
10. Гланц Стентон Медико-биологическая статистика. — М: Практика. — 1999. — С. 10.
11. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Прогноз возможных демографических последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа в РФ// М: МАКС Пресс.— 2004. — С. 149–152.
12. Доклад ЮНЕЙДС к всемирному дню борьбы со СПИДом. — 2011. — С. 6–10.
13. Зайцев И.А., Кобзева В.В., Шевлякова Н.А. Естественное течение вирусного гепатита С // Газета «Новости медицины и фармации». — 2009. — 25 с.
14. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ, Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе / ООН. — Женева, 2007. — С. 173–309.
15. Крель П.Е. Внепеченочная локализация вируса гепатита С: особенности клинических проявлений и прогностическая значимость.//М: Тер. архив. 2009. — Т. 41. — С. 63–68.
16. Моисеев С.В., Абдурахманов Д.Т., Кожевникова Г.М., Канестри В.Г. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных пациентов // М: Клин. фармакол. тер. — 2011. — С. 62–68.
17. Мукомолов С.Л. Трифонова Г.Ф., Левакова И.А., Болсун Д.Д. Современная эпидемиология гепатита С в России, (по материалам выступления на X съезде Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов). — 2012. — С. 1–7.
18. Рахманова А.Г. Вирусные гепатиты. — СПб.: Кольцово. — 2001. — С. 23–67.
19. Серов В.В., Апросина З.Г. Вирусные гепатиты. — М: Медицина. — 2004. — С. 47–315.
20. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции. — М.: Р.Валент. — 2012. — Р. 24–55.
21. Цинзерлинг В.А., Карев В.Е., Комарова Д.В., Куликова Н.А., Васильева М.В. ВИЧ-инфекция (к стандарту патологоанатомического исследования). — СПб., 2010. — С. 5–10.
22. Цыган В. Н., Акперов Э. К., Востриков В.В., Шабанов П.Д. Иммунные дисфункции у наркозависимых и способы их коррекции // Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии. — 2007. — Т. 5, №. 4. — С. 21–30.
23. Шарман Алмаз Синдром приобретенного иммунодефицита // Академия профилактической медицины. — 2006. — С. 15–47.
24. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Санкт-Петербурге // Инф. бюл. — 2006. — №3 (4). — С. 3–6.

25. Ющук Н.Д., Трофимов Д.Ю., Знойко О.О. Генетическая изменчивость вирусов гепатита человека и её клиническое значение // Тер. архив. — 2007. — № 4. — С. 47–55.
26. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О. Противовирусная терапия хронических вирусных гепатитов В и С у ВИЧ-инфицированных пациентов. — М.: Рос. акад. естеств. — 2006. — С. 1–3.
27. Alter M.J. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection // Journal of hepatology. — 2006. — Т. 44. — С. 31–56.
28. Klatt C. Pathology of AIDS// MD Florida State University College of Medicine. — 2007. — С. 34–40.
29. *Genatim* В: Инф. бюл. — 2006. — № 204. — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/> (дата обращения 10.04.2014г.).
30. *Genatim* С: Инф. бюл. — 2013. — № 164. — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru/> (дата обращения 10.04.2014г.).

Статья поступила 04.02.2015 г.

Сведения об авторе:

Хохлова Анна Валерьевна — ассистент кафедры патологии Медицинского факультета Санкт-Петербургского Государственного Университета, 199106, Санкт-Петербург, В.О., 21-я линия, д. 8А, e-mail: apatom666@gmail.com.



СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями 25 лет оказывает комплексную медико-социальную помощь людям, живущим с ВИЧ.

Центр возглавляет главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга академик РАН Н.А.Беляков. В Центре работают более 650 сотрудников, из них ведущие специалисты по вопросам хронических вирусных инфекций, вторичных и оппортунистических заболеваний, 10 профессоров и докторов наук, 30 кандидатов наук, 150 врачей и психологов.

Центр состоит из амбулаторно-поликлинического комплекса на 120–150 тысяч посещений в год, в который входят отделения: материнства и детства, инфекционное, хронических гепатитов, медицинской и социальной психологии, клинической фармакологии и фармации, стоматологическое и стационара на 185 госпитальных мест.

Существенным достоинством является наличие современной лаборатории, в состав которой входят молекулярно-биологический, иммунологический, биохимический и гематологический отделы, что расширяет возможности диагностики вирусных инфекций и широкого спектра сопутствующих заболеваний, подбора эффективной высокоактивной антиретровирусной терапии, проведения клинических исследований.

В диагностической службе задействован потенциал отделений лучевых методов обследования, функциональной диагностики, которые укомплектованы высококвалифицированными кадрами, оснащены современным оборудованием, позволяющим проводить комплексное обследование пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

СПб Центр СПИД является клинической базой кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, где осуществляется обучение врачей, медицинских психологов, медицинских сестер и социальных работников по вопросам ВИЧ-медицины. Специалистами клинических и диагностических отделений Центра проводится большой объем исследовательской работы в рамках проектов, осуществляемых совместно с отделом экологической физиологии Института экспериментальной медицины РАН, Институтом мозга человека им. Н.П.Бехтерева РАН.

Центр издает 3 научно-практических журнала: «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии», включенный в список периодических изданий, рекомендуемых ВАК для публикации результатов научных исследований; «Лучевая диагностика и терапия», «Медицинский академический журнал», а также научно-популярный журнал «СПИД. СЕКС. ЗДОРОВЬЕ».

Особое внимание уделяется комплексному решению социальных, психологических и правовых вопросов у людей, живущих с ВИЧ.

Адрес поликлиники:

ст. метро «Балтийская», наб. Обводного канала, д. 179 «А» и «Б»; e-mail: aidscentr@zdrav.spb.ru