

ISSN (print) 2072-6732
ISSN (online) 2499-9865

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга
и Ленинградской области»

Главный редактор
академик РАН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Том 9, № 4, 2017

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

Главный редактор

академик РАН д.м.н. профессор
Лобзин Ю.В.

Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. Бабаченко И.В.

академик РАН д.м.н. профессор

Беляков Н.А.

к.м.н. доцент Волжанин В.М.

д.м.н. профессор Воронин Е.Е.

член-кор. РАН д.м.н.

профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. профессор Климов Н.Н.

д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.

д.м.н. профессор Котив Б.Н.

д.м.н. Кузин А.А.

к.м.н. Левандовский В.В.

д.м.н. Лиознов Д.А.

д.м.н. профессор Нечаев В.В.

д.фарм.н. Рудакова А.В.

д.м.н. профессор Сидоренко С.В.

д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.

д.м.н. профессор Усков А.Н.

д.м.н. профессор Харит С.М.

д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.

д.м.н. профессор Цыган В.Н.

д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.

д.м.н. профессор Яковлев А.А.

Редакционный совет

д.м.н. профессор Амброзайтис А. (Литва)

д.м.н. профессор Амиреев С. А. (Казахстан)

д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)

академик РАН

д.м.н. профессор Ершов В.В. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)

член-кор. РАН

д.м.н. профессор Иванова В.В. (Санкт-Петербург)

д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)

д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)

д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)

д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)

член-кор. РАН

д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)

д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)

академик РАН

д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)

профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)

профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)

академик РАН

д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Покровский В.И. (Москва)

профессор Прати Д. (Италия)

д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)

академик РАН

д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)

д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)

иностраннный член РАН

профессор Франко де Роза (Италия)

к.м.н. профессор Широкова В.И. (Москва)

JURNAL INFEKTOLOGII

Editor in Chief

member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Lobzin Yu.V.

Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)

M.D. Babachenko I.V.

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Belakov N.A.

C.M.S. docent Volzhanin V.M.

M.D. professor Voronin E.E.

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)

M.D. professor Klimko N.N.

M.D. professor Kovelonov A.Yu.

M.D. professor Kotiv B.N.

M.D. Kuzin A.A.

C.M.S. Levandovskiy V.V.

M.D. Lioznov D.A.

M.D. professor Nechaev V.V.

Pharm.D. Rudakova A.V.

M.D. professor Sidorenko S.V.

M.D. professor Skripchenko N.V.

M.D. professor Uskov A.N.

M.D. professor Harit S.M.

M.D. professor Zinserling V.A.

M.D. professor Tsygan V.N.

M.D. professor Esaulenko E.V.

M.D. professor Yakovlev A.A.

Editorial council

M.D. professor Ambrozaytis A. (Lithuania)

M.D. professor Amireev S.A. (Kazakhstan)

M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Ershov V.V. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Ivanova V.V. (Saint-Petersburg)

M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)

M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Lvov D.K. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)

professor Malov I.V. (Irkutsk)

M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)

M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)

professor Pawlotsky J.-M. (France)

M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Pokrovskiy V. I. (Moscow)

M.D. professor Prati D. (Italy)

M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)

M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)

foreign member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Franko de Roza (Italy)

C.M.S. professor Shirokova V.I. (Moscow)

Ассоциированный член редакционного совета — Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»

Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

«Журнал инфектологии» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издается ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; Сайт журнала www.journal.niidi.ru; e-mail: gusevden-70@mail.ru

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Журнал входит в индекс научного цитирования www.elibrary.ru. Статьи из журнала доступны на сайте www.niidi.ru, www.journal.niidi.ru

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»
УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА ПО ГОРОДУ САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ
РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «СПИД, СТАТИСТИКА, ЗДОРОВЬЕ»
ОО «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

II САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

5–6 октября 2017 года

Санкт-Петербург

II Санкт-Петербургский форум по ВИЧ-инфекции: современные аспекты профилактики, диагностики и лечения. – СПб., 2017. – 139 с.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

«Вестник инфектологии и паразитологии» www.infectology.ru

Журнал инфектологии www.niidi.ru

Материалы форума представлены в авторской редакции.

ПРИЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СТРУКТУРЕ ПОВЕДЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОДДЕРЖАНИЕ ЗДОРОВЬЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

Беляева В.В.¹, Дегтярева Л.Ю.², Козырина Н.В.¹, Саламов Г.Г.³, Дегтярев А.А.², Орлова М.О.⁴, Коннов В.В.⁵

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва,

²Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями городской больницы № 1 имени Г.И. Дробышева, г. Магнитогорск,

³Медицинский информационно-аналитический центр, Москва,

⁴Институт этнологии и антропологии имени Н.Н. Миклухо-Маклая,

⁵Российский университет дружбы народов, Москва

Цель работы: изучить стратегии поведения пациентов, направленные на поддержание здоровья, уточнить понимание значения приема антиретровирусных препаратов для поддержания качества и продолжительности жизни.

Материалы и методы. В 2014-2017 гг. были опрошены 4 группы пациентов, инфицированных ВИЧ. Респонденты группы 1 (N 196; мужчин 39,8 %, женщин - 60,2 %, опыт употребления ПАВ в анамнезе - 56,1 %, приема АРТ - 61,2 %) и группы 2 (N 149; мужчин 38,5 %, женщин - 61,5 %, опыт употребления ПАВ в анамнезе - 48,3 %, приема АРТ - 53 %) состояли на диспансерном наблюдении в Центре ПБ со СПИДом г. Магнитогорска. Группы 3 - в ФНМЦ ПБ СПИД (N 75; мужчин - 54,7 %, женщин - 45,3 %, опыт употребления ПАВ в анамнезе - 30,7 %, приема АРТ - 92 %). Респонденты группы 4 наблюдались в МИАЦ РАМН: N 41; мужчин - 79,5 %, женщин - 20,5 %, опыт употребления ПАВ в анамнезе - 22 %, приема АРТ - 63,4 %.

Приводятся результаты ответов пациентов на открытый вопрос-индикатор «Как Вы заботитесь о своем здоровье?» Доля каждой стратегии поведения определялась с помощью контент-анализа ответов с последующей обработкой данных в программе IBM SPSS Statistics (Version 22).

Результаты. Доля респондентов, упоминавших о приеме АРТ в качестве ведущей стратегии заботы о здоровье, в гр. 1, 2 и 4 (28,1 % / 33,9 % / 34,1 % соответственно), свидетельствует о понимании пациентами причинно-следственной связи между поддержанием здоровья и лечением заболевания. Это является благоприятным прогностическим фактором в отношении приверженности диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. Первое место в гр. 3 и 4 заняли «активные» стратегии правильного питания (44,0 % / 46,3 % соответственно) и двигательной активности: 46,7 % / 48,8 %, приближаясь к результатам, полученным при опросах общего населения.

Выводы. Полученные результаты отражают результативность стратегий и технологий на основе целостного пациент-центрированного подхода, в том числе силами мультипрофессиональной команды (МПК), которые позволяют формировать приверженность диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции в условиях реальной клинической практики. Обсуждение с пациентами стратегий саногенного поведения может использоваться при консультировании по вопросам приверженности.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция — поведение — приверженность — пациент-центрированный подход.

Введение.

Практически любое заболевание способно разрушить привычные контакты человека с окружающим миром, лишить прежних перспектив, ограничить трудовую деятельность или, в ряде случаев, сделать невозможным ее продолжение. Однако в ряду многочисленных недугов ВИЧ-инфекция занимает особое место, являясь не только биологически, но и социально злокачественным заболеванием, что требует междисциплинарного подхода к оказанию помощи.

В настоящее время происходит процесс принятия профессиональным сообществом концепции «лечение как профилактика ВИЧ-инфекции», которая может осуществляться при наличии приверженности пациентов диспансерному наблюдению и лечению заболевания. При этом предполагает-

ся, что пациенты заинтересованы в поддержании качества и продолжительности жизни, а, следовательно, будут своевременно посещать специализированные ЛПУ и точно выполнять врачебные рекомендации. Действительно, базовым условием формирования приверженности пациентов диспансерному наблюдению и своевременному эффективному лечению ВИЧ-инфекции является приверженность сохранению здоровья. Однако на практике пациенты могут обнаруживать различные формы саморазрушающего поведения, употребляя психоактивные вещества (ПАВ), испытывать стресс, трудности социально-психологической адаптации к жизни с ВИЧ-инфекцией, подвергаться стигматизации и дискриминации. Поэтому изучение мотивации пациентов на поддержание здоровья является ключевым условием

продвижения принципа лечения как профилактики ВИЧ-инфекции.

Формирование саногенного поведения основывается на осознании своего здоровья как актуального многомерного феномена, а обнаружение причинно-следственной связи между приемом антиретровирусной терапии (АРТ) и поддержанием здоровья, может служить индикатором и прогностическим фактором при оценке качества приверженности пациентов лечению ВИЧ-инфекции [1].

Цель работы: изучить стратегии поведения пациентов, направленные на поддержание здоровья, уточнить понимание значения приема антиретровирусных препаратов для поддержания качества и продолжительности жизни.

Материалы и методы.

В 2014 - 2017 гг. мы провели одномоментные поперечные исследования методом анкетного опроса, в которых приняли добровольное участие пациенты, инфицированные ВИЧ. Респонденты групп 1 и 2 состояли на диспансерном наблюдении в Центре профилактики и борьбы со СПИДом г. Магнитогорска, группы 3 - в ФНМЦ ПБ СПИД, группы 4 длительно наблюдались в МИАЦ РАМН.

В гр. 1 опрошено 196 респондентов. Мужчины составили 39,8% (ср. возраст — 33,8 лет), женщины — 60,2% (ср. возраст — 33,2 лет). 56,1% респондентов имели в анамнезе опыт употребления ПАВ. На момент опроса АРВТ принимали 61,2% выборки, средний стаж приема — 2,7 лет.

В гр. 2 опрошено 149 респондентов. Мужчин — 38,5% (ср. возраст — 36 лет), женщин — 61,5% (ср. возраст — 33,8 лет). 48,3% респондентов имели в анамнезе опыт употребления ПАВ. Опыт приема АРТ отмечен в 53% выборки, средний стаж приема — 3 года.

В гр. 3 опрошено 75 респондентов. Мужчины составили 54,7% (ср. возраст — 38 лет), женщины — 45,3% (ср. возраст — 34,3 лет). 30,7% респондентов имели в анамнезе опыт употребления ПАВ. 12,2% мужчин заразились ВИЧ при половых контактах с мужчинами. АРТ принимали 92% выборки, средний стаж приема — 6,6 лет.

В гр. 4 был опрошен 41 респондент. Мужчины составили 79,5% (ср. возраст — 37,8 лет), женщины — 20,5% (ср. возраст — 38,9 лет). 22% респондентов указали на опыт употребления ПАВ в анамнезе. 64,5% мужчин заразились ВИЧ при половых контактах с мужчинами. АРТ принимали 63,4% выборки, средняя продолжительность приема составила 7,6 лет.

В статье приводятся данные, полученные при ответах пациентов на открытый вопрос-индикатор «Как Вы заботитесь о своем здоровье?» Доля каждой стратегии поведения определялась с помощью контент-анализа ответов с последующей обработкой данных в программе IBM SPSS Statistics

(Version 22).

Результаты и обсуждение.

Обращает на себя внимание различие групп пациентов - участников опроса. Респондентов гр.1 и гр.2 отличало большее количество употреблявших ПАВ в анамнезе (56,1% и 48,3% против 30,7% и 22% в гр. 3 - 4 соответственно), а также наименее продолжительный опыт приема АРТ. В гр.3 доля респондентов, принимающих АРТ, была максимальной (92%), а продолжительность приема в среднем 6,6 лет, что в два раза дольше опыта лечения респондентов первых двух групп. В гр. 4 отмечена наибольшая средняя продолжительность приема терапии - 7,6 г., а также максимальная доля мужчин, инфицированных ВИЧ при половых контактах с мужчинами (64,5%).

Стратегии, которые используют ВИЧ-инфицированные пациенты для поддержания своего здоровья, представлены в таблице 1.

Упоминание приема препаратов АРТ в качестве ведущей стратегии заботы о здоровье, в гр. 1, 2 и 4 (28,1%/33,9%/34,1% соответственно), свидетельствует о понимании пациентами причинно-следственной связи между поддержанием здоровья и лечением заболевания. Это является благоприятным прогностическим фактором в отношении соблюдения режима диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции. Формирование причинно-следственной связи между поддержанием здоровья и антиретровирусной терапией в гр. 1 и 2 происходит в процессе поэтапного привлечения пациента в систему помощи специалистами, обладающими необходимыми коммуникационными и мотивационными навыками, включая образовательный и профилактический компоненты консультирования. Опыт показывает, что те пациенты, которые четко связывают улучшение здоровья с приемом АРТ, имеют большую степень доверия медицинской организации, хорошо информированы и способны адекватно оценить свое самочувствие.

Недостаточное осознание значения лечения заболевания для поддержания здоровья в гр. 3 (16,0%) может отражать особенности социально-психологической адаптации респондентов. Следует учесть и неоднородность опрошенных групп (употребление ПАВ в анамнезе, длительность АРТ, эпидемиологические риски инфицирования).

Мы также отмечаем использование психологических защит в форме вытеснения заболевания и связанных с ним обстоятельств. Нами наблюдается пациентка М 35лет, которая принимает АРТ в течение 3,5 лет в рамках клинического исследования, в котором заранее четко фиксированы даты визитов. М информирована о дате следующего визита, однако постоянно сообщает о необходимости переноса визитов в связи с неотложными

Таблица 1

Ответы на вопрос «Как Вы заботитесь о своем здоровье?»

Содержание стратегии	Упоминание %			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Принимаю терапию (АРВТ)/пью терапию/таблетки/лекарства	28,1	33,9	16,0	34,1
Правильно питаюсь/ем фрукты/сбалансированный рацион/диета	22,4	15,7	44,0	46,3
Занимаюсь спортом/фитнесом/гимнастикой	20,4	15,7	46,7	48,8
Не пью/бросил(а) пить	15,3	14,9	13,3	7,3
Не курю/бросил(а) курить	11,7	19,8	17,3	14,6
Не употребляю наркотики/бросил(а) употреблять	8,2	2,5	2,7	0,0
Принимаю витамины/БАДы	7,1	14,0	9,3	26,8
Ничего не делаю/не успеваю /не нуждаюсь	7,1	8,3	5,3	7,3
Регулярно проверяю здоровье/прохожу обследования/диспансеризация	6,6	8,3	18,7	9,8
Приверженность при приеме АРВТ/вовремя принимаю	5,1	7,4	10,7	26,8
Обращаюсь к врачам	12,2	13,2	33,3	9,8
Соблюдение рекомендаций врача	5,1	3,3	10,7	4,9
Соблюдение режима/режим сна/ стараюсь высыпаться	4,1	3,3	20,0	19,5

делами «забыла и запланировала поездку», «взяла авиабилеты», «назначила встречу». Такое поведение может быть расценено как вытеснение задач, связанных с заболеванием и отсутствие адаптации к диагнозу ВИЧ-инфекции. Несмотря на регулярный прием препаратов АРТ в настоящее время у М имеются риски нарушения приверженности лечению, которые требуют мотивационного консультирования.

Провокативный характер получения обратной связи по данному вопросу в ряде случаев способствует осознанию пациентами роли АРТ в поддержании качества и продолжительности их жизни [2]. Так, пациентка С., 35 лет, которая в течение 7,5 лет успешно принимает АРТ, в ситуации развода с мужем испытывала неуверенность и тревожные опасения по поводу перспективы вырастить ребенка (дочь 7 лет, здорова), т.к. «умрет от ВИЧ». На вопрос врача о том, что она делает для того, чтобы сохранить качество и продолжительность жизни ответить затруднилась. Когда врач назвал прием препаратов АРТ способом поддержания здоровья, сказала, что раньше «так об этом не думала».

Результаты опроса населения, представленные Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в мае 2015г., показали, что основным способом сохранения здоровья россияне считали воздержание от употребления ПАВ. Так, 35% респондентов указали, что не курили и не употребляли алкоголь (среди женщин — 44%, среди мужчин — 24%). 28% участников опроса отметили,

что стараются следить за своим питанием, а 24% — заниматься спортом [3].

Проведенный нами в 2016г. опрос 303 респондентов - жителей Центрального административного округа г. Москвы показал, что в этой группе на первое место среди способов заботы о своем здоровье выступили различные формы двигательной активности: занятия спортом/фитнесом/гимнастикой - 56,1%. Правильное питание упоминалось в 36,3% ответов. Отказ от курения и употребления алкоголя - в 10,2 и 8,9% соответственно. По-видимому, баланс «активных», развивающих стратегий и стратегий «реактивных», преимущественно основанных на отказе от поведения, негативно влияющего на здоровье [4], в данной группе, в отличие от представленных ВЦИОМ, склонялся в пользу первых.

Проведенный опрос показал, что «реактивные» стратегии заботы о здоровье в форме отказа от курения были представлены в 11,7%/19,8%/17,3%/14,6% соответственно, отказа от употребления алкоголя — в 15,3%/14,9%/13,3%/7,3%. 8,2% ответов респондентов гр.1 отражали отказ от употребления наркотиков. Во второй и третьей группах доля этой стратегии составила 2,5% и 2,7%. В гр.4 она не упоминалась. По-видимому, эти результаты отражают особенности опрошенных групп, в том числе наличие употребления ПАВ в анамнезе.

Первое место в гр. 3 и 4 заняли «активные» стратегии правильного питания (44,0%/46,3% соответственно) и двигательной активности: 46,7%

/48,8%, приближаясь к результатам, полученным нами при опросах общего населения.

Результаты опроса продемонстрировали также особенности поведения, присущие респондентами разных групп. Так, доля указаний на своевременный прием препаратов в гр. 4 составила 26,8%, тогда как в первых трех группах — 5,1%/7,4%/10,7% соответственно. В такой же доле ответов респондентов гр.4 упоминался прием витаминов, БАДов: 26,8% (в первых трех группах 7,1%/14,0%/9,3% соответственно).

Пациенты гр. 3 отметили, что заботятся о здоровье, обращаясь к врачам в 33,3%, а также регулярно проверяя здоровье - 18,7%. При этом доля прямого указания на прием препаратов АРТ в этой группе была наименьшей.

Представляет интерес, что указание на соблюдение режима, в том числе сна («старюсь высыпаться») в гр.3 и гр.4 составило 20,0% и 19,5%. Респондентами первых двух групп эта стратегия осознавалась недостаточно.

В предыдущих работах [1] мы отмечали, что оценка включения пациентами процесса лечения в поведение, направленное на поддержание здоровья, позволяет объективизировать представления специалистов о приверженности пациентов лечению ВИЧ-инфекции, оценить качество приверженности, выявить дефициты и провести направленные мотивирующие вмешательства.

Результаты исследования позволяют предположить, что осознание респондентами приема препаратов АРТ как способа поддержания здоровья, выявленное в гр. 1, 2 и 4, может отражать «на выходе» результативность тех стратегий и технологий формирования приверженности, которые используются в Центре профилактики и борьбы со СПИДом г. Магнитогорска и при оказании помощи в МИАЦ РАМН.

Действительно, использование организационных технологий на основе целостного пациент-центрированного подхода силами мультипрофессиональной команды (МПК) [5] позволяет формировать приверженность диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции в условиях реальной клинической практики, когда пациенты имеют опыт употребления наркотиков и алкоголя, а мотивирование на поддержание здоровья людей с саморазрушающим поведением - сложный длительный процесс. Именно респондентов первых двух групп отличало наибольшее употребление ПАВ в анамнезе. При этом опыт приема препаратов АРТ имели только 61,2% и 53% пациентов, что также свидетельствует в пользу стратегий, когда формирование приверженности проводится заблаговременно, с использованием методологии работы с рисками, психологического и социального сопровождения. В процессе мотивационного

консультирования специалист опирается на уже имеющийся у пациента опыт регулярного употребления ПАВ и подводит его к осознанному стремлению улучшить качество жизни посредством приема препаратов АРТ. Для данной категории пациентов первые 6-12 месяцев лечения МПК реализует поддерживающую стратегию, которая укрепляет значение приема АРТ в комплексе заботы о здоровье.

Можно предположить, что наибольшее значение показателя рефлексии приема АРТ как способа заботы о здоровье, выявленное в гр. 4, а также прямое указание на своевременный прием препаратов, наиболее выраженное в этой группе респондентов, свидетельствуют в пользу эффективности методик персонифицированного формирования приверженности, разработанных специалистами МИАЦ РАМН [6]. По всей вероятности при увеличении количества наблюдаемых пациентов развитие пациент-центрированного подхода будет происходить по модели МПК, т.к. ресурсы индивидуальных методик ограничены, в том числе возможностями специалиста.

Гендерные особенности, значение семейного статуса, сексуальных предпочтений, а также продолжительности приема препаратов АРТ и опыта употребления ПАВ в формировании саногенного поведения нуждаются в дальнейшем уточнении.

Выводы.

Изучение роли приема препаратов АРТ в структуре поведения, направленного на поддержание здоровья ВИЧ-инфицированных пациентов, показало результативность стратегий и технологий на основе целостного пациент-центрированного подхода, в том числе силами МПК, которые позволяют формировать приверженность условиям реальной клинической практики.

Выявление и обсуждение с пациентами их стратегий саногенного поведения, включая роль АРТ, способствует пониманию значения соблюдения режима диспансерного наблюдения и лечения заболевания для поддержания здоровья и может использоваться в практике консультирования по вопросам приверженности.

Благодарности.

Мы глубоко признательны специалистам МПК Магнитогорского центра профилактики и борьбы со СПИДом: психологу Пургиной О.Г., специалистам по социальной работе Амеличевой М.А., Турановой Н.А. и Ткачевой Е.В. за сотрудничество и поддержку при проведении опроса.

Литература.

Беляева В.В., Козырина Н.В., Коннов В.В. Методика оценки качества приверженности лечению пациентов, инфицированных ВИЧ. /Ж. Инфекционные болезни.- 2017.- Т.15.- Приложение 1.- С. 39

Избранные лекции по ВИЧ-инфекции: в 2ч. /под ред. В.В.Покровского.-Ч.2.-М.: ГЭОТАР-Медиа,2016.- С.264-265

Правильное питание, спорт и отказ от вредных привычек - три составляющих здорового образа жизни .12.05.2015. Пресс-выпуск №2831 www.wciom.ru

Ерзин А.И. О проактивном совладающем поведении // Психолог. — 2013. - № 1. - С.89-100. DOI: 10.7256/2306-0425.2013.1.274. URL: http://e-notabene.ru/psp/article_274.html

Кытманова Л.Ю. Совершенствование организационных технологий формирования приверженности диспансерному наблюдению больных ВИЧ-инфекцией. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва.- 2016г. -27с. <http://nrph.ru/zashchishchennye-dissertatsii/kytmanova-l-j.html>

Саламов Г.Г. Варианты клинического течения ВИЧ-инфекции и разработка подходов к их прогнозированию. Автореф. дис. д-ра. мед. наук. Москва.- 2016г. — 48с. URL:http://old.1msmu.ru/upload/medialibrary/65c/avtoreferat_g.g.salamova_11.07.2016.pdf

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА: РИСКИ РЕАЛИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Райфшнайдер Т.Ю.

Институт медико-биологических проблем Российского университета дружбы народов, Москва

Резюме. Данная статья подготовлена при поддержке РФФИ в рамках международного российско-армянского гранта № 16-26-20005. В статье представлен анализ рисков профилактического образования в области ВИЧ/СПИДа. Приведены результаты серии научно-исследовательских работ, направленных на исследование научного и практического опыта профилактического образования, а также мониторинга программ профилактики среди обучающихся образовательных организаций регионов Российской Федерации. Материалы данной статьи могут быть полезны специалистам, организующим профилактическую деятельность в образовательной организации; другим участникам профилактической деятельности, аспирантам и ученым при подготовке обзоров по актуальным проблемам системы образования, преподавателям психологических и педагогических вузах, а также в системе повышения квалификации работников образования.

Ключевые слова: образовательные организации, здоровый образ жизни, профилактика ВИЧ/СПИДа, ВИЧ-позитивные люди, проксимальность личности, профилактические программы, риски профилактического образования.

Формирование здорового образа жизни у обучающихся и профилактика социально значимых заболеваний являются обязательными направлениями деятельности всех образовательных организаций Российской Федерации, что регламентируется рядом нормативно-правовых актов. Так, в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утвержденной Указом Президента Российской Федерации № 761 от 1 июня 2012 года, указано, что одним из ключевых принципов Национальной стратегии выступает бережение здоровья каждого ребенка. При этом отмечено, что «...в Российской Федерации должны приниматься меры, направленные на формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, внедрение здоровьесберегающих технологий во все сферы жизни ребенка, предоставление квалифицированной медицинской помощи в любых ситуациях...». Одной из задач Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента Российской Федерации от 09 октября

2007 № 1351) выступает «сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями...».

Изучение рисков реализации профилактического образования в области ВИЧ/СПИДа в условиях образовательных организаций позволит наметить пути их минимизации и повысить эффективность профилактической деятельности.

Цель. Анализ рисков профилактического образования в области ВИЧ/СПИДа в условиях реализации в образовательных организациях Российской Федерации.

Формирование в образовательной среде навыков предупреждения заражения ВИЧ решает стратегическую задачу предупреждения распространения ВИЧ среди населения России, так как после окончания учебных заведений молодежь становится менее доступной для систематического обучения, в то время как риски заражения ВИЧ

продолжают возрастать. При этом приоритетная роль в профилактике ВИЧ/СПИДа принадлежит формированию ценности здоровья и здорового образа жизни, так как здоровье — есть критерий генофонда отдельно взятой нации и человечества в целом. Кроме того, важным на сегодняшний момент направлением профилактического образования в области ВИЧ в системе образования выступает формирование проксимального отношения к людям с ВИЧ.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач использовался комплекс теоретических и экспериментальных методов и методик исследования, включающий теоретический анализ и опытно-экспериментальную работу. Для оценки результативности профилактического образования в субъектах Российской Федерации применялись **авторские программы** для ЭВМ «Информационный психолого-педагогический сервис для оптимизации ВИЧ-профилактики в образовательных организациях» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2014611605 от 06.02.2014) и «Психолого-педагогический инструмент для сбора данных о профилактической деятельности образовательных организаций в области ВИЧ/СПИДа» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016613698 от 04.04.2016).

Результаты и обсуждение. Прогнозирование и минимизация педагогических рисков реализации профилактического образования выступает ключевым моментом, влияющим на эффективность профилактической деятельности в области ВИЧ/СПИДа.

В результате проведения качественного анализа, структурирования и конкретизации понимания рисков было установлено, что само понятие «риски» пришло из Средних веков, и тесно было связано с теорией вероятности и развитием аналитического интереса к азартным играм¹. Сегодня это понятие используется в разных науках: социально-экономических, юридических, медицинских, психологических, педагогических и других. Согласно этимологии слово «риск» заимствовано из французского языка *risque* (от итальянского *risico*, которое восходит к греческому слову «утес», «подножие горы», рисковать переводится с французского как «лабиринт между скал»)². В научной литературе под «рисками» понимается неопределенность, связанная с возможностью возникнове-

ния неблагоприятных ситуаций и последствий в ходе реализации какой-либо деятельности.

На основе анализа возможных педагогических рисков нами выделены следующие возможные риски профилактического образования:

стратегический риск, характеризующий инновационную деятельность специалистов, в зависимости от поставленных профилактических задач;

риск рассогласования, связанный с расхождением между требованиями к специалистам, реализующим профилактическое образование и его психолого-педагогическое сопровождение, со стороны управленческих структур и возможностями их выполнить;

физический риск заболевания обучающихся, причинения им телесных и других повреждений; приобретения разнообразных комплексов: застенчивости, агрессивности, неполноценности и т.д.;

диспозиционный риск как степень совпадения или несовпадения целей, установок, ожиданий и запросов специалистов, задействованных в профилактической деятельности, с групповыми целями, возможностями и миссией педагогического коллектива;

риск несоответствия как уровень готовности специалиста выполнять профессиональную деятельность в соответствии с принятыми в социуме нормами и стандартами;

риск бездействия как стремление человека к конформизму, подчинение групповому влиянию или давлению;

технологический риск, который связан с ошибками в выборе специалистами приемов, технологий, методов и т.д.

личностные риски — отнесенные к личности субъектов воздействия.

В нашем исследовании, при реализации профилактического образования необходимым выступает учет кадровых рисков, связанных, прежде всего, с наличием неопределенности педагогической ситуации; необходимостью выбора; возможностью и результативностью выбираемых вариантов на основе соотношения со стратегическими целями.

Рассмотрим современное состояние профилактического образования в субъектах Российской Федерации и проведем анализ рисков его реализации в условиях образовательных организаций.

Анализ реализации профилактического образования в области ВИЧ/СПИДа в образовательных организациях Российской Федерации показывает, что в настоящий момент создана достаточная нормативно-правовая база для реализации профилактической деятельности в области ВИЧ в системе образования. Нормативно-правовой основой реализации профилактического образования в

¹ *Словарь бизнес-терминов. Энциклопедия бизнеса онлайн.* — [Электронный ресурс]. — <http://www.onlinedicts.ru/slovar/biz.html>. — (дата обращения 12.03.2017).

² *Этимологический словарь Фасмера. В четырех томах. Издание 2-е доработанное. / Дополнения О.Н.Трубачева.* — 2007. — [Электронный ресурс] — <http://vasmer.narod.ru>. — (дата обращения 15.03.2017).

субъектах Российской Федерации выступают различные акты как федерального, так и регионального уровня. Так, в соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» государство гарантирует проведение профилактической работы в системе образования. Разделы о профилактике ВИЧ/СПИДа и репродуктивном здоровье как составляющей части здоровья человека и общества, включены в действующие федеральные государственные образовательные стандарты начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования и примерные программы общего образования по учебным предметам «Биология», «Основы безопасности жизнедеятельности», «Физическая культура». Основопологающим документом, регламентирующим деятельность по профилактическому образованию в области ВИЧ, является Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде³, базовые принципы которой подразумевают формирование у детей и молодежи ценностей семейной жизни, здорового образа жизни, законопослушности, уважения к личности, государству, окружающей среде.

В 2016 году была утверждена Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (утв. Распоряжением Правительства РФ от 20 октября 2016 года № 2203-р) (далее Стратегия), в которой выделен приоритет первичной профилактики ВИЧ/СПИДа. При этом акцент сделан на проведение информационно-пропагандистской деятельности. В то время, как информирование без обучающего компонента и оценки его эффективности, на наш взгляд, не является целесообразным. Кроме того, в качестве основных возрастных групп, на которые должно быть направлено профилактическое воздействие, выделены 18-49 лет. В данную возрастную когорту входят студенты профессиональных образовательных организаций и организаций высшего образования, а также обучающиеся 11-х классов общеобразовательных организаций. За рамками охвата остались обучающиеся общеобразовательных организаций более младшего возраста. Но к 2020 году сегодняшние 8-9 классники как раз достигнут рубежа 18-и лет. И если не охватить профилактическим воздействием обучающихся младшего возраста, то целевые показатели реализации Стратегии в возрастной категории

18-19 лет не будут достигнуты. Поэтому в реализации профилактической деятельности с опорой на положения Стратегии, мы видим определенные риски, связанные с отсутствием профилактического воздействия на неохваченные возрастные группы граждан и акцентом на информационно-пропагандистскую деятельность без обучающего компонента.

Анализ разработанности методической базы в области профилактики ВИЧ/СПИДа показывает ее достаточный уровень. В настоящее время существуют разработанные и апробированные на федеральном уровне программы по профилактическому образованию для образовательных организаций, показавшие свою эффективность (в том числе реализованные в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2012 году). В субъектах Российской Федерации реализуются профилактические программы как разработанные ведущими учеными и опубликованные в научных и научно-методических изданиях, так и разработанные специалистами регионов самостоятельно. Разработанные профилактические образовательные программы требуют наличия определенных психолого-педагогических знаний у реализующих их специалистов, заинтересованности и личного участия всех субъектов учебно-воспитательного процесса.

В результате анализа выявлено изобилие в сети Интернет различных порталов, сайтов, которые предоставляют разнообразный контент по профилактике ВИЧ и наркомании, в том числе и среди обучающихся. Но на некоторых ресурсах предлагаются различные методики диагностики, профилактики, реабилитации, в том числе без указания авторства, ненаучные, устаревшие или даже запрещенные, как доказавшие свою неэффективность и даже опасность применения, использование их в работе может повлечь технологические риски профилактической деятельности.

Данные мониторинга реализации образовательными организациями регионов РФ профилактических программ в области ВИЧ, показывают, что в некоторых образовательных организациях отсутствуют специалисты, обученные по проблеме ВИЧ/СПИДа. Выявлено, что во многих регионах к профилактической работе в области ВИЧ/СПИДа в образовательных организациях привлекаются только специалисты системы здравоохранения, не обладающие достаточными психолого-педагогическими знаниями. Это обуславливает кадровые риски профилактического образования в области ВИЧ/СПИДа.

Слабыми сторонами реализации профилактических программ также выступают: недостаточный учет различных особенностей целевых групп, включающих психологические, возрастные, гендерные, культурные и иные аспекты; размытость

³ Письмо Минобрнауки РФ от 06.10.2005 N АС-1270/06, Роспотребнадзора от 04.10.2005 N 0100/8129-05-32 «О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде».

направлений профилактического воздействия; разобщенность различных профилактических программ, отсутствие непрерывности профилактического образования на разных ступенях образования и т.д., что значительно снижает профилактический эффект.

Наряду с этим констатируется высокий уровень негативного отношения к людям с ВИЧ среди всех субъектов учебно-воспитательного процесса. Наши исследования свидетельствуют о наличии страха общения с ВИЧ-инфицированными у всех субъектов профилактического воздействия (обучающихся, их родителей и педагогов). Так, контент-анализ эссе⁴ на тему «ВИЧ-инфицированные среди нас» показал, что при описании проблемы ВИЧ/СПИДа субъекты профилактического образования преимущественно используют такие категориальные понятия, как: «СПИД», «Страх заражения», «Наркотики», «Люди сами виноваты», «Незащищенный половой контакт», «Шприцы» и др. При этом лидирующие позиции занимают понятия: «Страх заражения» (средний ранг – 2,7), «Наркотики» (средний ранг – 4,0), «Незащищенный половой контакт» (средний ранг – 4,7) (Таблица 1).

Таблица 1

Результаты ранжирования категориальных понятий, используемых субъектами профилактического воздействия для обозначения проблемы ВИЧ/СПИДа (N=218, 2014) (фрагмент)

Контент	Обучающиеся	Родители	Педагоги	Средний ранг
СПИД	1	1	1	1,0
Чума 21 века	5	11	8	8,0
Убийца	9	5	3	5,7
Страх заражения	2	2	4	2,7
Люди сами виноваты	3	4	6	4,3
Незащищенный половой контакт	6	3	5	4,7
Наркотики	4	6	2	4,0
Шприцы	7	8	7	7,3

Такие результаты могут свидетельствовать о том, что большинство респондентов связывают ВИЧ-инфекцию, прежде всего, с отклоняющимся поведением. Отсюда и негативное отношение к людям с ВИЧ, поскольку испытуемые возлагают вину заражения на них самих.

⁴ Представлены данные исследования, проведенного в 2014 году в образовательных организациях г. Москвы, Ульяновской области и Ставропольского края (количество респондентов – 218 человек).

Особенно негативно на качество профилактического образования влияет низкий уровень проксимальности [2] самих специалистов, участвующих в профилактической деятельности в условиях образовательной среды.

Общими мероприятиями по минимизации педагогических рисков могут выступить общепринятые пути этого процесса:

1. Компенсация рисков (прогнозирование возможного негативного влияния внешней среды, мониторинг социально-экономической и правовой среды, создание системы альтернатив).

2. Распределение рисков (распределение ответственности между участниками, распределение рисков во времени).

3. Уход от рисков (отказ от ненадежных партнеров, отказ от рискованных проектов и малоэффективных технологий).

Логика реализации мероприятий по минимизации рисков может быть следующей:

1. Готовится план мероприятий по минимизации, в котором прописываются контрмеры, оценивается степень важности риска, определяются ресурсы (кадровые, материальные, организационно-методические и др.) для его преодоления.

2. После более подробного изучения возникших рисков педагогического процесса и выявления потенциальных угроз формируется перечень рисков, которые необходимо минимизировать. Цель процесса сбора (идентификации) рисков – выяснить в какой степени педагогический процесс подвержен угрозам, способным нанести существенный ущерб.

Для сбора рисков проводится анализ содержания педагогической деятельности, условий ее осуществления, кадрового и материально-технического обеспечения, в нашем исследовании – это опрос экспертов (участников педагогического процесса, родителей, педагогов, и изучение документации).

3. По результатам проделанной работы перечень всех потенциальных рисков классифицируется. Для проверки полноты перечня выделенных рисков классификацию рисков строится по определенному принципу, например, по этапам реализации профилактического образовательного процесса.

Основным результатом процесса оценки рисков является перечень всех потенциальных рисков с их количественными и качественными оценками ущерба и возможности реализации.

4. И наконец, собственно процесс минимизации рисков. Большинство мероприятий по минимизации рисков находится в плоскости организационных решений, важную роль играют психолого-педагогические способы минимизации рисков, в частности погружение педагогов и специалистов,

участвующих в профилактическом процессе, в обсуждение путей достижения результатов реализации профилактического образования, определения ее перспектив и прогнозирование рисков. Это позволит определить способность педагогов работать в условиях относительной педагогической неопределенности, взаимодействовать в команде, будет способствовать развитию конструктивного межведомственного диалога специалистов, участвующих в реализации профилактического образования, преодолению этноцентризма и т.д.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ рисков реализации профилактического образования выступает одним из его необходимых компонентов. Влияние различных внешних и внутренних факторов может привести к нарушению логики задуманного процесса и повлечь за собой организационные, методические, кадровые и личностные потери, а также возможную опасность негативного исхода реализуемого процесса. В качестве наиболее значимых рисков мы рассматриваем: содержательно-методические, кадровые, организационно-финансовые и технологические риски. К основным направлениям деятельности по их минимизации можно отнести: разработку плана минимизации (включающего компенсацию рисков, распределение рисков, уход от рисков);

анализ и формирование перечня рисков; психолого-педагогическую работу с педагогами и специалистами, задействованными в процессе реализации профилактического образования. Выделение рисков и характеристика путей их минимизации будет способствовать максимальной эффективности профилактического образования.

Литература.

Обучение, поддержка и защита учащихся и работников образования, живущих с ВИЧ или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. М.: ЮНЕСКО, 2011.

Райфшнайдер Т.Ю. Проксимальность личности в формировании положительного отношения к людям с ВИЧ как психологический феномен // *Фундаментальные исследования*. — 2014. — № 1. — С. 160-164.

Rayfshnayder T. Formation of proximal attitude towards people living with HIV in the education system of the Russian Federation. / *BBRA — Biosciences, Biotechnology Research Asia (India, ISSN 0973 — 1245, Scopus)*, 2015. Vol. 12(1) P. 965 — 974.

Rayfshnayder T.Y., Sinyagina N.Y. The policy of multicultural education in Russia: focus on personal priorities / *International journal of environmental & Science education (ISSN: 1306-3065, Scopus)*, 2016, Vol. 11, NO. 18. P. 12613-12628. URL: <http://ijese.net/makale/1731>.

Schwille J. Global perspectives on teacher learning, improving policy and practice / J. Schwille, M. Debele. Paris, 2007. UNESCO. International Institute for Educational Planning.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ

Барабохина В.А.

Городской информационно-методический центр «Семья», Санкт-Петербург

Аннотация: в статье приведены результаты изучения осведомленности старшеклассников в части опасности распространения ВИЧ-инфекции и составлен портрет современного старшеклассника.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, респондент, портрет старшеклассника, первичная профилактика.

Современные исследования в области распространения ВИЧ-инфекции показывают, что она продолжает распространяться в среде молодых людей. В силу сложности вовлечения подростков и молодежи в тестирование на наличие ВИЧ-инфекции, обусловленную необходимостью получения согласия родителей, а также общую труднодоступность образовательных учреждений в части организации первичной профилактической работы в этом направлении, охват тестированием этой возрастной группы людей весьма низкий. Несмотря на отмеченные трудности, по сведениям сотрудников Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом,

Н.Н.Ладной, В.В.Покровского, Л.А.Деметьевой и Е.С.Липиной, ежегодно регистрируется более 1100 случаев инфицирования ВИЧ среди лиц в возрасте 15-20 лет. Основная причина заражения ВИЧ-инфекцией среди подростков - незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером (в 2016 году: 77% случаев у девушек, в 61% у юношей) [1 С.3-9]. В связи с этим, работа по профилактике распространения ВИЧ-инфекции остается актуальной.

В декабре 2016 г., впервые, Министерством образования и науки было организовано проведение в школах Всероссийского открытого ин-

тернет-урока, посвященного профилактике ВИЧ-инфекции среди учащихся 9–11 классов. Урок был доступен для школ всех регионов России, которые получили о нем информацию. К сожалению, продолжительность открытого интернет-урока всего тринадцать с половиной минут. За это время телеведущий успевает предоставить возможность высказаться восьми коллегам, которые емко и лаконично информируют зрителя по десяти темам, касающимся ВИЧ-инфекции. Это: история появления ВИЧ-инфекции; медицинская информация о путях его распространения; мифы о распространении; рассказ сотрудника полиции о наркопотребителях, как одной из групп риска в области распространения ВИЧ-инфекции; информация о диагностике, лечении и методах профилактики ВИЧ-инфекции; государственной политике в отношении противодействия распространению ВИЧ; рекомендации о том, что делать, чтобы не заразиться ВИЧ; приглашение к самостоятельному изучению проблемы с помощью информации, представленной на сайте. Хочется верить что, несмотря на столь малую продолжительность, данный открытый интернет-урок позволил зрителям усвоить предоставленную информацию. К данному уроку также были разработаны методические рекомендации, предполагающие обсуждение неясных моментов и появившихся у школьников вопросов. Однако для продолжения такого диалога или дискуссии от ведущего такой урок требуется обладание необходимыми знаниями по вопросам, касающимся ВИЧ-инфекции. Далеко не все педагоги обладают этими знаниями. К сожалению, узнать результаты усвоения материала, в соответствии с методическими рекомендациями по проведению открытого интернет-урока, автору найти не удалось. Вероятно, сбор и обработка данных еще проводится.

Некоторые образовательные учреждения, не располагая сведениями о возможности проведения открытого интернет-урока (но имеющие указание о проведении профилактического мероприятия), или не имеющие технических ресурсов для организации данного мероприятия, провели занятие с использованием созданного ранее обучающего фильма «Дневник Насти». Данный фильм стал несколько короче относительно своего первоначального варианта, но, в силу своей приближенности к жизни подростков и актуальности, продолжает оставаться интересным для зрителя. Сюжет фильма показывает первые романтические отношения между подростками и словами старшего брата (студента-медика) рассказывает о ВИЧ-инфекции. В целом, использование таких инновационных методов просветительской работы как открытый интернет-урок, просмотр и обсуждение тематического кинофильма и др., безусловно, по-

лезны и должны входить в планы по воспитательной и профилактической работе образовательных учреждений.

С целью проверки и подтверждения актуальности организации первичной профилактики ВИЧ-инфекции в среде школьников, автором было проведено анкетирование осведомленности старшеклассников в одном из образовательных учреждений Санкт-Петербурга — центре с углубленным изучением предметов образовательной области «Технология» (на базе средней общеобразовательной школы)¹. Исследование проводилось среди подростков, имеющих проблемы с поведением, и, как следствие с успеваемостью, часто из неблагополучных семей и входящих в группу риска в связи с безнадзорностью. Всего в анкетировании приняли участие 20 человек. Из них девушки 35% и юноши 65%. Возраст респондентов 17–19 лет.

Подросткам была предложена анкета «Что вы знаете о ВИЧ-инфекции» с вариантами ответов и предложением подчеркнуть все правильные ответы. Результаты анкетирования показали следующее:

На вводное задание: «Продолжить предложение: «ВИЧ — это», были получены следующие ответы:

Дали правильный ответ (т.е. расшифровку аббревиатуры) — 15% респондентов;

Дали неправильный ответ (например, «бактерии») — 45% респондентов;

Дали неполный ответ (например, «инфекция») — 40% респондентов.

Из ответов видно, что тема ВИЧ не является для респондентов незнакомой (ответы давались охотно, каких либо вопросов не возникало). Данные ответы указывают на недостаточную ориентировку подростков, как в расшифровывании аббревиатуры, так и в отношении понимания отличий бактерий от вирусов. У многих присутствует общее восприятие «чего-то заразного» и «какой-то инфекции».

На вопрос: «Можно ли по внешнему виду человека понять, что он ВИЧ-инфицирован», были получены следующие ответы:

«Нет» — ответили 75% респондентов;

«Не знаю» — ответили 25% респондентов.

Что указывает на недостаточную осведомленность подростков (четвертая часть) о признаках проявления ВИЧ-инфекции.

¹ В 2005 году Фондом «Здоровье и Развитие» (быв. «Здоровая Россия») был создан обучающий фильм «Дневник Насти» в качестве поддерживающего компонента внешкольных образовательных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа, пропаганде здорового образа жизни, при обучении волонтеров по технологии «равный — равному», а также как самостоятельный инструмент, который могут использовать любые организации, работающие с подростками: НКО, молодежные центры, подростковые клубы и пр.

На вопрос: «Можно ли заразиться ВИЧ в быту (приготовление пищи, использование общих предметов)», были получены следующие ответы:

- «Да» — ответили 10% респондентов;
- «Нет» — ответили 80% респондентов;
- «Не знаю» — ответили 10% респондентов.

Таким образом, пятая часть респондентов, не обладает достаточными знаниями о путях распространения ВИЧ-инфекции.

На вопрос: «Можно ли полностью вылечить ВИЧ-инфицированного человека», были получены следующие ответы:

- «Да» — ответили 30% респондентов;
- «Нет» — ответили 50% респондентов;
- «Не знаю» — ответили 20% респондентов.

Таким образом, половина респондентов, не знает о возможности лечения ВИЧ-инфекции.

На вопрос: «Сколько лет можно прожить с ВИЧ-инфекцией», были получены следующие ответы:

- «1-5 лет» — ответили 10% респондентов;
- «1-10 лет» — ответили 5% респондентов;
- «1-15 лет» — ответили 10% респондентов;
- «неопределенно долго» — ответили 35% респондентов;

- «не знаю» — ответили 40% респондентов.

Данный вопрос связан с предыдущим. Полученные ответы показывают, что более половины респондентов имеют размытое представление о возможностях медицины и, как следствие, не связывают факт заболевания с его лечением.

На вопрос: «Могут ли ВИЧ-инфицированные люди иметь детей без ВИЧ-инфекции», были получены следующие ответы:

- «Да» — ответили 10% респондентов;
- «Нет» — ответили 20% респондентов;
- «Не знаю» — ответили 70% респондентов.

Данный вопрос также связан с двумя предыдущими и показывает, что 90% респондентов не знают о возможностях медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, будучи потенциальными родителями, не задумываются о личной ответственности за здоровье своих будущих детей.

На вопрос: «Существует ли уголовная ответственность за намеренное заражение ВИЧ-инфекцией», были получены следующие ответы:

- «Да» — ответили 25% респондентов;
- «Нет» — ответили 20% респондентов;
- «Не знаю» — ответили 55% респондентов.

Таким образом, 75% респондентов недостаточно осведомлены юридически и, как следствие, не задумываются о личной ответственности за здоровье своих настоящих, или будущих половых партнеров.

На вопрос: «Из каких источников вы получили информацию о ВИЧ» (разрешено выбрать несколько источников), были получены следующие ответы:

- «брошюры» — ответили 25% респондентов;
- «журналы» — ответили 15% респондентов;
- «лекции» — ответили 45% респондентов;
- «телевидение» — ответили 55% респондентов;
- «интернет» — ответили 70% респондентов;
- «медицинские работники» — ответили 40% респондентов;
- «знакомые» — ответили 30% респондентов;
- «родители» — ответили 35% респондентов.

Вариант «партнеры» не выбрал ни один респондент. Видимо несмотря на анонимность проводимого анкетирования, подростки предпочитают не афишировать информацию интимного характера.

Полученные ответы показывают, что подростки самостоятельно изучают тему или ищут информацию, касающуюся ВИЧ-инфекции (интернет 70% и телевидение 55%). Почти для половины респондентов были полезны просветительские лекции на данную тему (45%) и встречи с медицинскими работниками (40%). Вызывает тревогу тот факт, что только третья часть родителей уделяет должное внимание воспитанию своих детей в данной теме, а 65% родителей игнорируют существующую опасность для своих детей. Также обращает на себя внимание то, что такой быстрый и легкий способ распространения профилактической информации как «брошюры», отметили лишь четвертая часть респондентов.

По завершении анкетирования школьникам был показан обучающий фильм «Дневник Насти» (продолжительность тридцать минут), который дал ответы на все вопросы, затронутые в анкетировании, и позволил зрителям отреагировать чувства, возникшие у них в процессе просмотра.

Ответы, полученные в результате анкетирования, позволяют составить портрет современного старшеклассника: тема ВИЧ не является для него незнакомой, но представления о ней носят обобщенный характер с преобладанием общего восприятия «чего-то заразного» и «какой-то инфекции». Он недостаточно осведомлен о путях распространения ВИЧ-инфекции, о признаках проявления болезни, о возможности и необходимости лечения ВИЧ-инфекции, а также юридической ответственности за распространение ВИЧ. Это, в свою очередь, ведет к тому, что он не задумывается о личной ответственности за здоровье своего полового партнера, своих будущих детей не знает о возможностях медицинской помощи беременным ВИЧ-инфицированным женщинам. Современный старшеклассник самостоятельно изучает тему или ищет информацию, касающуюся ВИЧ-инфекции, а также получает ее от родителей. Для него интересны просветительские встречи с медицинскими работниками и лекции на эту тему.

Проведенное исследование показало, что организация профилактических мероприятий по

вопросу предупреждения распространения ВИЧ-инфекции среди школьников является актуальным и своевременным. Данные мероприятия нужно проводить в виде информационно-просветительных занятий, используя инновационные методы преподнесения материала, а также с привлечением медицинских работников или других специалистов, осведомленных в проблеме распространения ВИЧ-инфекции. Одновременно представляется важным развитие такого направления работы в области первичной профилактики рас-

пространения ВИЧ-инфекции как разработка и распространение информационно-просветительных буклетов и брошюр.

Литература.

Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ». Материалы конференции. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2017.

-<http://o-spide.ru/officially/detail.php?ID=3718>. O-spide.ru Официальный интернет-портал Минздрава России о профилактике ВИЧ/СПИДа Дата обращения 09.06.2017.

СЫВОРОТКИ МЫШЕЙ, ИММУНИЗИРОВАННЫХ БЕЛКАМИ TBI-2F5 И TBI-2G12, УСИЛИВАЮТ НЕЙТРАЛИЗУЮЩУЮ АКТИВНОСТЬ ДРУГ ДРУГА В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОВИРУСОВ ВИЧ-1

Щербакова Н.С., Шаламова Л., Карпенко Л.И., Ильичев А.А.

Научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор», п. Кольцово, Новосибирская область

Резюме. Считается, что успешная вакцина против ВИЧ или ее компонент, если речь идет о многокомпонентной вакцине, должны вызывать наработку широконейтрализующих антител. Появление таких антител способно предотвратить проникновение ВИЧ-1 в организм, защитив его от заражения. В работе описывается получение рекомбинантных белков TBI-2F5 и TBI-2G12 на основе белка TBI, включающих пептиды-имитаторы эпитопов 2F5 и 2G12, соответственно. Было показано, что сыворотки мышей, иммунизированных полученными иммуногенами, нейтрализуют env-псевдовirusy ВИЧ-1. Кроме того, было показано, что смесь сывороток крови мышей, иммунизированных белками TBI-2F5 и TBI-2G12, способна нейтрализовать env-псевдовirusy ВИЧ-1 субтипа В более эффективно, чем индивидуальные сыворотки.

Ключевые слова: анти-ВИЧ-1 иммуногены, широко нейтрализующие антитела, МКА 2F5, МКА 2G12.

Цель: конструирование полиэпитопных иммуногенов, содержащих пептиды-имитаторы эпитопов, узнаваемых МКА 2F5 и 2G12, и изучение их способности индуцировать наработку нейтрализующих антител.

Материалы и методы.

Конструирование рекомбинантных плазмидных ДНК

Конструирование плазмид проводили с помощью стандартных методов молекулярного клонирования [11]. Варианты плазмид, несущие ген TBI со встройками фрагментов, кодирующих эпитопы, узнаваемые моноклональными антителами 2F5 или 2G12, получали путем клонирования синтетических олигонуклеотидов по сайтам рестрикции Bsp13I и ApaI.

Очистка рекомбинантных белков TBI, TBI-2F5, TBI-2G12

Указанные рекомбинантные белки накапливались в клетках E.coli в тельцах включений. Экс-

тракцию белков из телец включения проводили раствором 6 М мочевины с последующей очисткой на DEAE-целлюлозе, как описано в [10].

Иммунизация экспериментальных животных
Для иммунизации использовали инбредных мышей линии BALB/c. Иммунизацию во всех случаях проводили внутрибрюшинно. Животных разделили на три группы: первую группу иммунизировали модифицированными белками TBI-2F5, TBI-2G12; вторую группу — исходным вариантом белка TBI, третьей группе инокулировали физиологический раствор (отрицательный контроль). Доза вводимых белков составляла 20 мкг на животное. Проводился трехкратный цикл иммунизации на 0, 14, 28 сутки. При первой иммунизации в качестве адъюванта использовался полный адъювант Фрейнда. При повторной иммунизации использовали неполный адъювант Фрейнда. На 28 сутки препараты белков вводились без адъюванта.

Иммуноферментный анализ

Для иммуноферментного анализа антиген (белок TBI или пептиды: C- γ -abu- RDWSFDRWSLSEFWL, C- γ -abu-VGAFGSFYRLSVLQS) разводили в буфере PBS до концентрации 1 мкг/мл и вносили по 100 мкл в лунки 96-луночного планшета CORNING. Инкубировали 2 ч при 37 °С. Места неспецифического связывания насыщали 3 % раствором казеина в буфере PBS, инкубировали 2 ч при 37 °С. Промывали трижды буфером PBS-Твин. Для титрования использовали разведения сывороток, начиная с 1:10 до 1:10240. Вносили по 100 мкл на лунку последовательных разведений сыворотки в буфере PBS с 3% казеином. Инкубировали при покачивании 1-1,5 ч при 37 °С. Лунки промывали трижды буфером PBS-Твин. Специфически связавшиеся антитела выявляли с помощью меченных пероксидазой антител кролика против IgG мыши в PBS-буфере с 3 % казеином. Рабочее разведение конъюгата составляло 1:10000. Инкубировали 1 ч при 37 °С. После трехкратной промывки PBS-Твин в лунки добавляли хромоген — ТМБ в цитратно-фосфатном буфере и инкубировали 30 мин при комнатной температуре. Реакцию останавливали внесением 100 мкл на лунку 1 М серной кислоты. Результат регистрировали при длине волны 450 нм.

Нейтрализация псевдовирuses ВИЧ-1

Нейтрализацию псевдовирuses сыворотками иммунизированных животных и моноклональными антителами проводили в 96-луночных культуральных планшетах по методике, описанной [6]. В ростовой среде DMEM готовили серийные 3-кратные разведения сыворотки, затем вносили по 200 TCID₅₀ псевдовируса в каждую лунку в 50 мкл среды и инкубировали в течение 1 ч при температуре 37 °С и 5 % CO₂. Затем вносили по 100 мкл трипсинизированной суспензии клеток TZM-bl в количестве 1×10⁴ кл/лунку с добавлением DEAE-декстрана в концентрации 30 мкг/мл суспензии. Планшеты инкубировали при температуре 37 °С и 5 % CO₂. Через 48 ч проводили измерение уровня люминесценции на приборе LuMate (Awareness Technology Inc., США). Процент нейтрализации каждого образца вычислялся как отношение между значениями относительных люминисцентных единиц (ОЛЕ) тестовых лунок и лунок только с псевдовирuses, без сыворотки.

Значения IC₅₀ вычисляли, используя программу GraphPad Prism.7.

Результаты и обсуждение.

Высокая опасность, которую несет ВИЧ, требует разработки новых способов профилактики и лечения этой инфекции. Современная высокоактивная антиретровирусная терапия позволяет увеличить продолжительность жизни, но не обеспечивает элиминацию патогена из организма ВИЧ-инфицированного. Поэтому создание вакцины, способной предотвратить заражение этим

вирусом, является крайне необходимой мерой для остановки пандемии СПИДа.

В настоящее время большие надежды при создании эффективных В-клеточных иммуногенов связывают с эпитопами, узнаваемыми антителами, нейтрализующими широкий спектр изолятов ВИЧ-1 (bNabs). Такие антитела обладают нейтрализующей активностью в отношении множества изолятов ВИЧ-1, обеспечивают определенный уровень защиты от заражения на доступных моделях приматов [2, 3]. Считается, что создание иммуногена, способного индуцировать ряд таких антител, может обеспечить необходимую защиту от ВИЧ-1 и, таким образом, решить проблему эффективной ВИЧ-вакцины [1].

Одним из подходов для решения проблемы поиска эпитопов, способных индуцировать bNabs, является комбинаторная биология, и, в частности, технология фагового дисплея. Эта технология является эффективным инструментом отбора пептидных лигандов для антител, узнающих как линейные, так и конформационные эпитопы [7].

В нашей лаборатории ранее была проведена работа по получению пептидов-имитаторов эпитопов, узнаваемых широко нейтрализующими антителами 2F5 и 2G12 [9, 12]. По результатам ИФА и вируснейтрализации нами были отобраны пептиды RDWSFDRWSLSEFWL и VGAFGSFYRLSVLQS - имитаторы эпитопов ВИЧ-1, узнаваемых МКА 2F5 и 2G12, соответственно. Следующим шагом, после получения пептидов-имитаторов, являлся дизайн молекулы иммуногена. Известно, что короткие пептиды сами по себе слабо иммуногены. В качестве белка-носителя мы использовали белок TBI, поскольку накопленный опыт работы с данным белком позволяет эффективно оценивать иммунный ответ и сравнивать рекомбинантные иммуногены на его основе между собой. Белок TBI является полиэпитопным иммуногеном, который включает 5 В-клеточных и 4 Т-хелперных эпитопа ВИЧ-1 из белков Env и Gag, для стимуляции гуморального иммунного ответа против ВИЧ-1 [3]. Белок TBI входит в состав российской кандидатной вакцины против ВИЧ-1 КомбиВИЧВак, успешно прошедшей первую фазу клинических испытаний [10].

Олигонуклеотиды, кодирующие отобранные пептиды-имитаторы RDWSFDRWSLSEFWL и VGAFGSFYRLSVLQS, были клонированы в составе плазмиды pTBI.

В результате были получены плазмиды pTBI-2F5 и pTBI-2G12, включающие нуклеотидные последовательности, кодирующие пептиды-имитатор RDWSFDRWSLSEFWL и VGAFGSFYRLSVLQS, соответственно, вместо последовательности, кодирующей концевой участок белка TBI [5, 10].

Далее были получены и очищены рекомбинантные белки TBI-2F5 и TBI-2G12. Для оценки имму-

ногенных свойств препаратами белков TBI-2F5 и TBI-2G12 были иммунизированы мыши BALB/c. Сыворотки мышей были охарактеризованы при помощи тест-системы New-Lav-Blot1 (BioRad) и ИФА. Было показано, что сыворотки крови мышей, иммунизированных как исходным белком TBI, так и белками TBI-2F5 и TBI-2G12, специфически взаимодействуют с нативными белками ВИЧ-1 в иммуноблоте, а также связываются с белком TBI в ИФА. Этот факт свидетельствует о том, что замена С-концевого эпитопа на один из пептид-имитатор существенно не меняет антигенные свойства TBI. При использовании в ИФА в качестве антигена пептида RDWSFDRWSLSEFWL или VGAFGSFYRLSVLQS, было показано, что пептиды узнают только сыворотки животных, иммунизированных белком TBI-2F5 или TBI-2G12, при этом сыворотки животных, иммунизированных белком TBI или физ. раствором с пептидом не связывались.

На следующем этапе была проведена оценка нейтрализующей активности сывороток мышей, иммунизированных белками TBI-2F5 и TBI-2G12, по методу, описанному в [6], и с использованием env-псевдовирuсов ВИЧ-1.

Полученные после иммунизации рекомбинантными белками TBI-2F5 и TBI-2G12 сыворотки мышей были проверены на способность нейтрализовать псевдовирuсы ВИЧ-1.

В работе использовались 5 псевдовирuсов: 3 полученных нами псевдовирuса рекомбинантной формы CRF63_02A1: Nov_1, Nov-2, Nov-4 и 2 субтипа В: QH0692.42, PVO.4.

Сначала было определено значение разведения сывороток, обеспечивающее 50 % нейтрализации псевдовирuсов (рисунок 1).

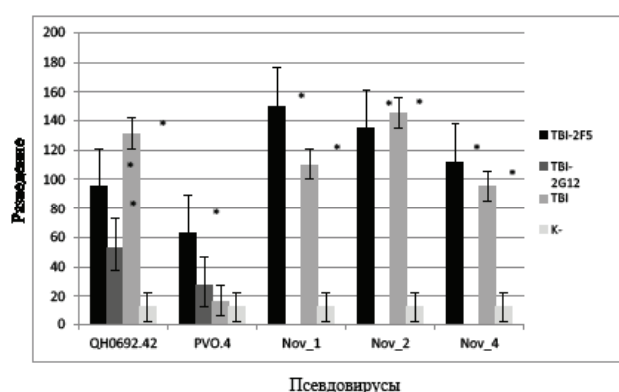


Рис. 1. Нейтрализация псевдовирuсов сыворотками мышей, иммунизированных рекомбинантными белками TBI-2F5, TBI-2G12, TBI. Результаты представлены в виде среднего значения реципрокного титра, обеспечивающего 50 % нейтрализацию. 95 % доверительный интервал высчитывали с помощью программы ProbitLin. Символом * обозначены значения, статистически значимо отличающиеся от отрицательного контроля.

Как видно из рисунка 1, сыворотка мышей, иммунизированных белком TBI-2F5, показала лучшую способность нейтрализовать устойчивый к нейтрализации псевдовирuс PVO.4 (уровень 3), по сравнению с белком TBI-2G12 и исходным белком TBI.

Таким образом, было показано, что сыворотки мышей, иммунизированных рекомбинантными белками, обладают нейтрализующей активностью против двух псевдовирuсов субтипа В и трех - CRF63_02A1.

Для оценки суммарного действия нейтрализующих антител, нарабатываемых на пептиды-имитаторы обоих эпитопов, был проведен анализ нейтрализующей активности совокупности сывороток мышей, полученных после иммунизации иммуногенами TBI-2F5 и TBI-2G12. Реакцию нейтрализации проводили с использованием двух псевдовирuсов субтипа В: QH0692.42 и PVO.4.

Оказалось, что при проведении нейтрализации смесью сывороток, для смесей наблюдается увеличение нейтрализующей активности, по сравнению с нейтрализующей активностью отдельных сывороток (табл. 1).

Таблица 1

Нейтрализация псевдовирuсов иммунными сыворотками, %

Псевдовирuс	TBI-2G12	TBI-2F5	TBI-2G12 + TBI-2F5
QH0692.42	25.6	34.4	46.5
PVO.4	0	27.9	41.6

Как видно из таблицы 1, в случае псевдовирuса QH0692.42, суммарная нейтрализующая активность достигла значения 46,5 %, в то время как по отдельности значения нейтрализации были ниже. Интересно так же отметить, что сыворотка крови мышей, полученная после иммунизации TBI-2G12, была не способна нейтрализовать псевдовирuс PVO.4, однако усиливала нейтрализующую активность сыворотки крови мышей, иммунизированных TBI-2F5: с 28 % до 42 %. Это может говорить о кооперативном действии антител, нарабатываемых в ответ на введение созданных нами иммуногенов. На это необходимо обращать внимание при создании и испытании В-клеточных иммуногенов.

Выводы.

В результате проделанной работы на основе полиэпитопного иммуногена TBI были получены рекомбинантные белки TBI-2F5 и TBI-2G12, включающие в себя пептиды-имитаторы эпитопов, узнаваемых широконейтрализующими антителами 2F5 и 2G12, соответственно. Была отработана процедура очистки рекомбинантных белков, оценены их иммуногенные свойства на модели лабораторных животных. Показано, что рекомбинантные

белки TBI-2F5 и TBI-2G12 индуцируют образование антител, которые связываются с белками ВИЧ-1, с белком TBI и синтетическими пептидами-имитаторами эпитопов, узнаваемых МКА 2F5 и 2G12 [5, 10].

Было показано, что антитела сывороток проявляют вируснейтрализующую активность против псевдовирюсов. Кроме того, было обнаружено, что при использовании пула обоих сывороток регистрируется повышенный уровень нейтрализации в отношении env-псевдовирюсов ВИЧ-1. Это дополнительно свидетельствует о том, что мишени для антител разные, т.е. иммуногены индуцируют антитела к разным эпитопам.

Создание и изучение иммуногенных свойств рекомбинантных белков TBI-2F5 и TBI-2G12 является шагом к разработке вакцины, способной вызывать эффективный гуморальный иммунный ответ против ВИЧ-1.

Литература.

- Anthony F.S., Hilary M.D. Ending AIDS — Is an HIV Vaccine Necessary? // The New England journal of medicine. — 2014. — Vol. 370. — N. 6. — P. 495.
- Bolton D.L., Pegu A., Wang K., McGinnis K., Nason M., Foulds K., Letukas V., Schmidt S., Chen X., Todd P., Lifson J., Rao S., Michael N., Robb M., Mascola J., Koup A. Human Immunodeficiency Virus Type 1 Monoclonal Antibodies Suppress Acute Simian-Human Immunodeficiency Virus Viremia and Limit Seeding of Cell-Associated Viral Reservoirs // Journal of Virology. — 2016. — Vol. 90. — N. 3. — P. 1321 — 1332.
- Eroshkin A.M., Karginova E.A., Gileva I.P., Lomakin A.S., Lebedev L.R., Kamyinina T.P., Pereboev A., Ignat'ev G. Design of four-helix bundle protein as a candidate for HIV vaccine // Protein engineering. — 1995. — Vol. 8. — N. 2. — P. 167-173.
- Hessell A.J., Rakasz E.G., Tehrani D.M., Huber M., Weisgrau K.L., Landucci G., Forthal D., Koff W., Poignard P., Watkins D., Burton D. Broadly neutralizing monoclonal antibodies 2F5 and 4E10 directed against the human immunodeficiency virus type 1 gp41 membrane-proximal external region protect against mucosal challenge by simian-human immunodeficiency virus SHIVBa-L // Journal of Virology. — 2010. — Vol. 84. — N. 3. — P. 1302 — 1313.
- Karpenko L.I., Scherbakova N.S., Chikhaev A.N., Tumanova O.Yu., Lebedev L.R., Shalamova L.A., Pyankova O.G., Ryzhikov A.B., Ilyichev A.A. Polyepitope protein incorporated the HIV-1 mimotope recognized by monoclonal antibody 2G12 // Molecular Immunology. — 2012. — V. 50. — I. 4. — P. 193-199.
- Montefiori D.C. Measuring HIV Neutralization in a Luciferase Reporter Gene Assay / Vinayaka R. Prasad, Ganjam V. Kalpana. HIV Protocols. — NY: Humana Press, 2009. — P. 395 — 405.
- Scott J.K., Smith G.P. Searching for peptide ligands with an epitope library // Science. — 1990. — Vol. 249. — N. 4967. — P. 386 — 390.
- Shcherbakova N. S., Shcherbakov, D. N., Bakulina, A. Y., Karpenko, L. I., Ryzhikov, A. B., Ilyichev, A. A. Artificial polyepitope HIV-1 immunogen containing mimotope of 2F5 epitope // Protein and peptide letters. — 2016. — V. 23, - N. 2. — P.:159-168.
- Tumanova, O.Yu., Kuvshinov, V.N., Ilichev, A.A., Nekrasov, B.G., Ivanisenko, V.A., Kozlov, A.P., Sandakhchiev, L.S., 2001. Localization of the HIV-1 gp120 conformational epitope recognized by virus-neutralizing monoclonal antibodies 2G12. Mol. Biol. 36 (4), 517 — 521.
- Карпенко Л. И., Бажан С.И., Богрянцева М.П., Рындюк Н.Н., Гинько З.И., Кузубов В.И., Лебедев Л.Р., Каплина О.Н., Регужева А.Ю., Рыжиков А.Б., Усова С.В., Орешкова С.Ф., Нечаева Е.А., Даниленко Е.Д., Ильичев А.А. Комбинированная вакцина против ВИЧ-1 на основе искусственных полиэпитопных иммуногенов: результаты I фазы клинических испытаний // Биоорганическая химия. — 2016. — Т. 42. — № 2. — С. 191-204.
- Маниатис, Т., Фрич, Э., Сэмбрук Д. Методы генетической инженерии. Молекулярное клонирование. — М.: 1984. — 479 с.
- Туманова О.Ю., Кувшинов В.Н., Орловская И.А., Проняева Т.Р., Покровский А.Г., Ильичев А.А. Иммуногенные свойства пептидов-имитаторов эпитопа белка gp41 вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-1), узнаваемого нейтрализующим антителом 2F5 // Молекулярная биология. — 2003. — Т. 37. — № 3. — С. 556 — 560.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Агафонова О.В., Блинничев С.Н., Золотовицкая О.С., Козлова О.Ю., Каленик Л.В., Томашевская Н.А.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Самара

Ключевые слова: ВИЧ — инфекция, cervix-branch, цитологические, ПЦР-исследования, бактериоскопическое исследование.

Введение.

В работе представлены результаты исследования цитологических препаратов (4128 женщин) из эндо- и экзоцервикса с последующей бактериоскопической диагностикой и ПЦР диагностикой (836 образцов) женщин с ВИЧ-инфекцией с различными стадиями прогрессии заболевания.

Особую социальную значимость имеет стратегия выявления вирусов папилломы человека высокого онкогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59), которые могут привести к развитию опухолей гениталий и рака шейки матки. Цель исследования — определение частоты развития предрака и рака у женщин с ВИЧ-инфекцией. Цитоло-

гический метод обладает высокой специфичностью (78-99 %), но недостаточной чувствительностью (68-86%). Определение ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска молекулярно-биологическими методами даёт возможность прогнозирования риска развития онкологической патологии шейки матки, ассоциированной с ВПЧ (Cuzich J., Mayrand M.H., 2006; Dillner J. et al., 2008), течения инфекционного процесса на этапах скрининга (Modergetal., 2005; Куевда Д.А., 2007).

Лица с положительным результатом тестирования на ВПЧ рассматриваются, как имеющие потенциальный риск развития онкологической патологии (Трофимова О.Б., 2007). Введение количественного метода выявления ВПЧ повышает качество диагностики уже на первых этапах скрининга позволяет прогнозировать течение инфекции (Snijders P. 2006; Куевда Д.А., 2007; 2009; Семенов Д.М. и соавторы, 2008; Абрамовских О.С. и соавт., 2010; Горелова Е.В. и соавт., 2011). Применение количественного теста для идентификации ВПЧ и цитологического ПАП-теста позволяет повысить частоту выявления онкологической патологии шейки матки и увеличить интервалы между обследованиями до 5-7 лет (Kim J.J., 2002; 2005; Шипулина О.Ю., 2010; Katki H.A. et al., 2011).

Выявление ДНК Human Papilloma Virus высокого канцерогенного риска (HR) в клиническом материале методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) обладает высокой чувствительностью (88-100%), но недостаточной специфичностью (68-97%), что приводит к использованию кольпоскопической диагностики.

Ложноположительный результат влияет на психологическое состояние женщины и неизбежно приводит к необоснованным вмешательствам, связанным с дополнительной финансовой нагрузкой на здравоохранение. Чувствительность и прогностическая значимость отрицательного теста на ВПЧ в сочетании с отрицательным результатом цитологического исследования приближается к 100%.

Для решения проблемы следует использовать тест:

с высокой чувствительностью и отрицательной прогностической ценностью (NPV) для выявления женщин, которые могут вернуться к «рутинному» наблюдению;

с высокой специфичностью и положительной прогностической ценностью (PPV) для выявления женщин, которым необходимо дальнейшее обследование.

Цель работы: изучить результаты морфологических исследований с использованием ПЦР (Realtime PCR), характеризующие патологические процессы шейки матки, для определения частоты предрака и рака шейки матки у женщин с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в ГБУЗ «Самарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». На основании результатов исследования 4128 женщин с ВИЧ-инфекцией в 2016 году в возрасте от 18 до 56 лет.

Всем пациенткам проводились раздельное цитологическое исследование биоматериала, полученного из экзо и эндоцервикса щёткой «servix branch». При обнаружении патологических изменений 3438 пациенткам (83%), проводилась расширенная программа лабораторных исследований (гистологические исследования, ПЦР, бактериоскопические исследования, диагностика ИППП) на основании характера показателей цитологического исследования.

ПЦР-диагностика и бактериоскопические исследования, применяемые для определения микробного и вирусного факторов, использовались для обнаружения инфекционного агента.

Бактериоскопическое исследование для определения биоценоза влагалища было выполнено всем пациенткам. В 3136 случаев (76%) выявлена микрофлора, в т.ч. у 76 (2%) пациенток обнаружена специфическая.

Исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) выполнено 836 пациенткам с различной патологией шейки матки (эрозия, эктопия и т.д.). Обнаружены наиболее значимые онкогенные генотипы: 18, 16 типы и другие HR-генотипы HPV, которые вносят наибольший риск в развитие цервикального канцерогенеза. По литературным данным в 94% случаях ВПЧ является причиной развития рака вульвы, анального рака, полового члена, назофарингеальной карциномы и полости рта. Причиной является снижение общего и локального иммунитета способствует высоким показателям ВПЧ-инфицирования, данному состоянию микробиоценоза ВИЧ-инфицированных пациенток.

В зависимости от выраженности неопластического процесса шейки матки и в соответствии со стадией ВИЧ - инфекции нами выявлены разнонаправленные изменения факторов местного иммунитета у больных с тяжёлыми интраэпителиальными цервикальными поражениями, показатели инвазии характеризуются частым выявлением 16 типа ВПЧ. Всем женщинам исследовался биоценоз влагалища (как сопутствующий фактор тяжёлых цервикальных поражений по данным литературы).

Цитологические препараты окрашивались по методу Паппенгейма. Морфологическое заключение основывалось на междисциплинарных классификациях (МКБ10, Bethesda).

Цитологические и бактериоскопические препараты изучались с помощью микроскопа OLYMPUS (Япония), LEICA (Германия) с увеличением в 100, 200 раз.

ПЦР- диагностика проводилась на автоматической системе закрытого типа «m ABBOTT sp, rt», с использованием диагностической тест- системы «Тест Abbott Real Time HR HPV». Данная тест-система выявляет 14 HR- генотипов - 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68. Отдельно обозначает наличие 16, и 18 подтипов HR HPV.

Результаты. При цитологическом исследовании патологические изменения шейки матки выявлены у 3438 пациенток с ВИЧ-инфекцией (76%), из них 836 (26%) пациенткам выполнено ПЦР (исследования типирования HPV).

В исследуемой группе женщины с ВИЧ-инфекцией (3438) и патологией шейки матки распределены по стадиям основного заболевания: III - 1163 (33%) человека, IVA- 790 (23%) человек, IVB- 910 (26%) человек, IVB- 575 (18%) человек. При сравнении частоты возникновения рака у женщин в различной стадии основного заболевания прослеживается увеличение встречаемости в III–IV стадиях основного заболевания (ВИЧ-инфекция). Среди исследуемой группы женщин встречаемость различных возрастных групп составила: 27-36 лет – 62%, 37-46 лет -30%, 56-47 лет-5%, 18-26 лет - 3%.

По характеру патологических изменений (сочетанная патология) чаще встречались эктопия шейки матки 46% (1581 человек); нарушение биоценоза влагалища 36% (1238 человек); вирусные (ВПЧ – инфекция и др.) - 33% (1135 человек) и воспалительные заболевания (неспецифический кольпит) - 25% – (860 человек), далее следовали интраэпителиальные неоплазии (дисплазии) Iст. (7% - 238 человек) и III ст. (1% - 48 случаев), рак шейки матки – 6 случаев (0,17%).

Интраэпителиальная неоплазия в 59% случаев выявлена в III – IV стадиях, в 12% случаев - во II стадии, в 17,4% случаев – в I стадии, и только в 11,6% случаев – рак *in situ*.

Поданным и ретроспективного анализа амбулаторных карт у 2976 из 3438 женщин с ВИЧ-инфекцией с раком и предраком шейки матки нами выявлены нарушения биоценоза влагалища без явных клинических проявлений (рецидивирующий бактериальный вагиноз у 711 (23,9%) пациенток, рецидивирующий кандидозный кольпит у 339 (11,4%) пациенток, 1765 (59,3%) ВПЧ-инфекции, у 161 (5,4%) пациентки верифицирован специфический кольпит.

Выявленные нами фоновые и предраковые заболевания шейки матки распределились следующим образом (эктопия шейки матки и эндоцервикоз у 1128 (32,8%) пациенток, реактивный кератоз эпителия шейки матки, связанный с ВПЧ – инфицированием обнаружен у 1382 (40,2%) пациенток, CIN I у 361 пациентки (10,5%) CIN II – у 378 пациентки (11%), CIN III, РШМ у 189 пациенток (5,5%).

Характер локальных иммунопатологических нарушений при ВПЧ-ассоциированной цервикальной патологии у ВИЧ-инфицированных пациенток имеет особенности, обусловленные патогенетическими формами профретивной и инфретивной стадией ВПЧ.

Это ещё раз подчёркивает необходимость тестирования на ВПЧ-инфекцию различных групп населения, особенно лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

ПЦР диагностика ДНК ВПЧ основана на обнаружении в биоматериале фрагментов ДНК ВПЧ, из образцов, полученных с поверхности патологических разрастаний, кожи или половых органов.

Результат ПЦР-теста даёт возможность врачу оценить потенциальный риск развития онкологического процесса, что особенно важно в случае ранних стадий заболевания, когда видимые органические поражения отсутствуют.

Цитологический метод устанавливает диагноз опухолевых и псевдоопухолевых поражений, основываясь на признаках изменений клеточного биосубстрата.

Среди цитологических признаков папиллома-вирусной инфекции (ПВИ) выделяли чёткие морфологические признаки вирусных изменений клетки: койлоцитарная атипия с характерными для HPV изменениями, двуядерные клетки, амфилия цитоплазмы с участками просветления и уплотнения по периферии, многоядерные клетки и косвенные признаки: паракератоз, дискератоз и прочие (неспецифические признаки).

Результаты статистических данных исследования шейки матки женщин с ВИЧ инфекцией показало, что частота предраковых состояний и рака шейки матки в исследуемой группе значительно превышает среднероссийские и региональные показатели (CIN II (дисплазия) - 0,02%, CIN III (дисплазия) - 0,005%, рак шейки матки – 0,002%).

Выводы.

Выявлен высокий уровень заболеваемости предраком и раком у женщин с ВИЧ – инфекцией в возрастной группе от 27-36 лет.

Заболеваемость ВПЧ-инфекцией, приводящей к цервикальной неоплазии среди ВИЧ-позитивных женщин выше в сравнении с ВИЧ-негативными женщинами.

Показано, что развитию канцерогенеза шейки матки предшествуют длительное нарушение биоценоза влагалища, ассоциированное с бактериальным вагинозом, кандидозным вагинитом, специфическим кольпитом, фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки при ВПЧ инфекции у ВИЧ-инфицированных пациенток.

Рецидивирующие нарушения биоценоза влагалища и ВПЧ- инфекция можно рассматривать как ведущий фактор цервикального канцерогена.

Перечисленные факты обуславливают необходимость проведения профилактических и диагностических мероприятий при диспансерном наблюдении женщин, имеющих ВИЧ – инфекцию в сочетании с ВПЧ-показателями.

Цитоморфологического выражения ВПЧ- ассоциированных поражений шейки матки низкой и высокой степени сопровождается экспрессией маркера p16, что даёт возможность использовать данный лабораторный показатель в качестве дополнительного критерия диагностики.

Характеризуя используемые лабораторные методы исследования ВПЧ – инфекции в практике, можно сделать вывод, что только комплексный подход лабораторной диагностики позволяет дать базовые представления о связи таковых с этиологией и патогенезом заболеваний с высоким онкогенным риском.

Литература.

Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД – М. ГЭОТАР. Медиа, 2010 г.

Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., А.А.Яковлев. ВИЧ-инфекция. Санкт-Петербург, 2004.

Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки /под редакцией О.К.Хмельницкого/ СПб.: SOTIS, 2000.

Gray W., McKee G.T. (2003) Diagnostic cytopathology, 2nd ed.: 135 – 233.

Kari J. Syrjanen L. Gissman Leopold G. Koss Papillomaviruses and Human Disease 1987-12-24.

Вязовая А.А. Выявление вирусов папилломы человека высокого канцерогенного риска и оценка физического статуса вирусной ДНК методом полимеразно-цепной реакции при поражении цервикального эпителия / А.А. Вязовая, Д.А.Кувда, О.Б.Трофимова // Клиническая лабораторная диагностика. - 2013.- №8.-С.24-26.

Горелова Е.В. Сопоставление востребованности и информативности ПЦР при диагностике урогенитальных инфекций различной этиологии / Е.В. Горелова, Т.В.Домакова, В.С.Щеглова, А.Г.Бойцова // Проблемы медицинской микологии.-2011.-Т.13.-№4.-С.43-45.

Dillner J. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study / J. Dillner et al. // BMJ. - 2008; 337; a1754.

РОЛЬ ХЕМОКИНОВОГО РЕЦЕПТОРА CCR-5 В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Даминов Т.А., Каримов Х.Я., Худайкулова Г.К., Кадилов Ж.Ф.

Ташкентская медицинская академия,

Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови,

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Прорыв в понимании патогенеза ВИЧ связан с идентификацией хемокинового рецептора CCR-5.

Эксперименты с линиями клеток позволили выявить ряд других хемокиновых рецепторов, которые используются определенными подвидами вируса (CCR-3, CCR-2, CCR-8, CCR-9, STRL-33, Gpr 15, Gpr 1, APJ, Chem R 23 and CX 3 CR1). Несмотря на это, CCR-5 является одним из основных рецепторов для ВИЧ in vivo. Его природные лиганды могут блокировать проникновение вирусной частицы в клетку (MIP-Ia, MIP-Ib, RANTES связывается с CCR-5, SDF-1 с CXCR-4, MCP-1 с CCR-2 через MCP-5, MCP-3 и MCP-4 с CCR-3). Хемокины, использующие CCR-5, блокируют R5-подвид HIV-1, а использующие CXCR-4 - X4-подвид HIV-1.

CCR5 относится к суперсемейству трансмембранных, сопряженных с G- белками рецепторов. Белок CCR5 кодируется геном CCR5, расположенном на коротком плече хромосомы 3 в позиции 21 (3p21) [14].

Известно, что CCR5 вовлечен в патогенез развития ВИЧ – инфекции. При попадании в орга-

низм человека, вирусу иммунодефицита необходимо провзаимодействовать с клеточными рецепторами на поверхности лимфоцитов. Основным из них является CD4. Ко-рецептором ВИЧ является CCR5, благодаря которому осуществляется более плотная адгезия и наиболее эффективное проникновение вируса в клетку. Было обнаружено, что мутация в гене CCR5 приводит к снижению риска инфицирования ВИЧ за счет потери функциональной активности этого белка. Если заражение все-таки происходит, то здоровье пациентов долго остается удовлетворительным, уровень вирусной РНК — низким, а повреждение иммунной системы — незначительным. Наиболее известен полиморфизм гена CCR5, представляющий собой делецию 32 пар нуклеотидов в кодирующей области и приводящий к синтезу укороченного и функционально неактивного варианта рецептора из-за сдвига рамок считывания [17]. При этом у гетерозигот экспрессия CCR5 снижена, а у гомозигот наблюдается функциональный блок этого рецептора из-за изменения его структуры вследствие мута-

ции [11; 18]. Таким образом, гомозиготные носители данного полиморфизма обладают практически полной резистентностью к инфицированию ВИЧ [3; 4; 9; 10; 20].

Известен успешный случай трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) периферической крови в 2007 году в Германии ВИЧ-инфицированному пациенту с острым миелоидным лейкозом от донора с генотипом CCR5 delta32/delta32. После трансплантации была прекращена высокоактивная антиретровирусная терапия. При этом вирусная нагрузка в плазме крови и в биоптатах различных органов, включая кишечник, печень, лимфоузлы, остается на неопределяемом уровне по настоящее время [2; 5; 12]. Однако, несмотря на успешность проведенного лечения, это был лишь единичный случай, и в последующем ни одной трансплантации ГСК для лечения ВИЧ-инфекции проведено не было. Данное обстоятельство связано не только с редкой встречаемостью полиморфизма CCR5 Delta 32, но и с необходимостью строгой совместимости донора и реципиента по системе HLA, что создает значительные сложности для подбора соответствующего реципиента в регистре доноров ГСК костного мозга и периферической крови. [6; 7].

В ряде исследований установлена роль полиморфизма CCR5del32 у представителей разных этнических групп, что может обуславливать различную восприимчивость к ВИЧ. Мутантный аллель обнаружен с частотой 10-15% в европейских популяциях и у белых американцев [16], тогда как в популяциях коренного населения Африки и Японии он выявлен не был [19]. У коренного населения континентальной Азии делеция наблюдалась значительно реже, чем в Европе, - ее частота в отдельных популяциях не превышала 5%, а в большинстве популяций она отсутствовала вовсе [8]. Также некоторые авторы отмечают уменьшение встречаемости рассматриваемого полиморфизма с севера на юг Европы. Так, наибольшая частота носительства делеционного аллеля обнаружена в финской и мордовской популяциях — 16%, наименьшая частота — на Сардинии (4%) [21]. Также высокая распространенность данного полиморфизма выявлена во Франции (13,6%) и Дании (12,3%). В южных странах отмечено снижение встречаемости полиморфизма: у итальянцев — 5,6%, у португальцев — 5,2%, у корсиканцев — 1,2% [13]. Высокая частота носительства наблюдается у российских поморов — встречаемость полиморфизма в гомозиготном состоянии достигает 3,1%, гетерозиготами являются 30,2%. Также высокая встречаемость отмечена у гагаузов (2,1% гомозиготное носительство, 19,9% - гетерозиготное носительство) и у западных украинцев (2,1% гомозиготное носительство, 20,8% — гетерозиготное носительство) [1].

У гомозигот CCR5del32 отмечается значительная, практически полная устойчивость к ВИЧ-инфекции. Среди инфицированных пациентов, гомозигот по CCR5del32 выявлено не было, а частота гетерозигот была ниже на 35% по сравнению с группой контроля. Анализ выживаемости указывает на то, что у гетерозигот по делеции отмечено более медленное прогрессирование заболевания. По данным американских ученых, исследовавших 1635 пациентов европейского происхождения и 215 — африканского, аллель CCR5del32 на 31% снижает риск развития и на 39% риск смерти от СПИДа [15].

Хемокин RANTES (regulated on activation, normal T expressed and secreted) является основным лигандом для CCR-5. Повышенный уровень RANTES был выявлен у людей, избежавших заражения при контакте с ВИЧ-инфицированными, а также у пациентов с замедленным развитием заболевания. Один из семи полиморфизмов, найденных в CCL5 (ген, кодирующий RANTES), расположен в регуляторной области первого интрона и приводит к различиям в способности связывания аллелей с ядерными белками, что вызывает уменьшение транскрипционной активности в четыре раза. Снижение скорости синтеза RANTES у носителей этого аллеля ведет к быстрой прогрессии СПИДа, по-видимому, из-за увеличения количества рецепторов CCR-5, не занятых лигандом и доступных для репликации вирусных частиц.

Таким образом, в литературе имеется ряд исследований по изучению роли хемокинового рецептора в патогенезе ВИЧ-инфекции. Однако данные зачастую противоречивы, возможно, в связи с тем, что различные хемокины могут оказывать различное воздействие на репликацию вируса или их действие может быть подавлено вирусными факторами. Это диктует необходимость проведения дальнейших исследований по изучению роли генетических факторов в патогенезе ВИЧ-инфекции.

Литература.

Распределение аллелей генов CCR5, CCR2 и SDF1, ассоциированных с устойчивостью к ВИЧ-инфекции, в Российских популяциях / И.А. Кофиади, Д.В.Ребриков, Д.Ю. Трофимов и др. // Доклады Академии наук. — 2007. — Вып. 415, № 6. — С. 842-845.

Allers K. Evidence for the cure of HIV — infection by CCR5 Delta 32/Delta 32 stem cell — transplantation / K. Allers, G. Hutter, J. Hofmann // Blood. — 2011. — Vol.117, № 10. — P.2791 — 2799.

A dual — tropic primary HIV-1 isolate that uses fusin and the betachemokine receptors CKR — 5, CKR — 3 and CKR -2b as fusion cofactors / B.J.Doranz, J. Rucker, Y.Yi et al. // Cell. — 1996 — Vol.85, № 7. — P. 1149 — 1158.

CC CKR5: a RANTES, MIP-1 alpha, MIP -1 beta receptor as a fusion cofactor for macrophage — tropic HIV-1 / G. Alkhatib, C.Combadiere, C.C. Broder et al. // Science. — 1996. — Vol. 272, № 5270. — P.1955-1058.

CCR5 as Natural and Modulated Target for inhibition of HIV / B.P.Burke, M.P. Boyd, H.Impay et al. // Viruses. — 2013. — Vol. 6, № 1. — P.54 — 68.

Chomont N., El-Far M., Ancuta P., et al. HIV reservoir size and persistence are driven by T cell survival and homeostatic proliferation // Nat. Med. — 2009. — V. 15. — P. 293–900.

Coleman C.M., Wu L. HIV interactions with monocytes and dendritic cells: viral latency and reservoirs // Retrovirology. — 2009. — V. 6. — P. 51 — 56.

Dean M., Carrington M., Winkler C., Huttley GA, Smith MW, Allikmets R, Goedert JJ, Buchbinder SP, Vittinghoff E, Gomperts E, Donfield S, Vlahov D, Kaslow R, Saah A, Rinaldo C, Detels R, O'Brien S.J. Genetic restriction of HIV-1 infection and progression to AIDS by a deletion allele of the CCR5 structural gene. Hemophilia Growth and Development Study, Multicenter AIDS Cohort Study, Multicenter Hemophilia Cohort Study, San Francisco City Cohort, ALIVE Study. Science. 1996 Sep 27;273(5283):1856-62. Erratum in: Science 1996 Nov 15;274(5290):1069.

Identification of a major co-receptor for primary isolates of HIV-1 / H.Deng, R.Liu, W.Ellmeier et al. // Nature. — 1996. — Vol. 381, № 6584. — P. 661-666.

HIV-1 entry into CD4(+) cells is mediated by the chemokine receptor CC-CKR — 5 / T.Dragic, V. Litwin, G.P. Alaway et al. // Nature. — 1996. — Vol. 381. — P.667-673.

Homozygous defect in HIV-1 coreceptor accounts for resistance of some multiply — exposed individuals to HIV — 1 infection / R.Liu, W.A.Paxton, S.Choe et al. // Cell. — 1996. — Vol.86, № 3. — P. 367 — 377.

Hutter G. Long-Term Control of HIV by CCR5 Delta 32/ Delta 32 Stem-Cell Transplantation / G. Hutter, D.Nowak, M. Mossner. // N.Engl. J. Med. — 2009. — Vol.360. — P. 692 — 698.

Lucotte G. Distribution of the CCR5 Gene 32 — bp Deletion in Europe / G. Lucotte, G. Mercier / J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. Hum. Retrovirol. — 1998. — Vol. 19, № 2. — P. 174 — 177.

Molecular cloning and functional expression of a new human CC- chemokine receptor gene/ M.Samson, O.Labbe, C.Mollereau et al. //Biochemistry. — 1996. — Vol. 35, № 11. — P. 3362-3367.

Mulherin SA, O'Brien TR, Ioannidis JP, Goedert JJ, Buchbinder SP, Coutinho RA, Jamieson BD, Meyer L, Michael NL, Pantaleo G, Rizzardi GP, Schuitemaker H, Sheppard HW, Theodorou ID, Vlahov D, Rosenberg PS; International Meta-Analysis of HIV Host Genetics. Effects of CCR5-Delta32 and CCR2-64I alleles on HIV-1 disease progression: the protection varies with duration of infection. AIDS. 2003 Feb 14;17(3):377-87.

Novembre J. The geographic spread of the CCR5 Delta 32 HIV- resistance allele. / J. Novembre, A.P.Galvani, M. Slatkin // PLoS. Biol. — 2005. — Vol. 3, № 11.- E339.

O'Brian S.J., Nelson G.W. Human genes that limit AIDS // Nature Genetics. — 2004. — V. 36. — P. 565 — 574.

Resistance to HIV-1 infection in Caucasian individuals bearing mutant alleles of the CCR-5 chemokine receptor gene. / M.Samson, F.Libert, F.B.J. Doranz et al.// Nature. — 1996. — Vol. 382. — P. 722-725.

Samson M, Libert F, Doranz BJ, Rucker J, Liesnard C, Farber CM, Saragosti S, Lapoumeroulie C, Cognaux J, Forceille C, Muyldermans G, Verhofstede C, Burtonboy G, Georges M, Imai T, Rana S, Yi Y, Smyth RJ, Collman RG, Doms RW, Vassart G, Parmentier M. Resistance to HIV-1 infection in caucasian individuals bearing mutant alleles of the CCR-5 chemokine receptor gene. Nature. 1996 Aug 22;382(6593):722-5.

The beta-chemokine receptors CCR3 and CCR5 facilitate infection by primary HIV-1 isolates / H.Choe, M. Farzan, Y. Sun et al. // Cell. — 1996. — Vol. 85, № 7. — P. 1135 — 1148.

The deltaCCR5 mutation conferring protection against HIV-1 in Caucasian populations has a single and recent origin in Northeastern Europe / F.Libert, P.Cochaux, G.Beckman et al. // Hum. Mol. Genet. — 1998. — Vol.7, № 3. — P. 399-406

ПАРАМЕТРЫ ИММУННОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Нарзуллаев Н.У., Сулейманов С.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Резюме. Иммуные показатели были изучены у 25 ВИЧ-инфицированных детей с острым риносинуситом. У ВИЧ-инфицированных больных с острым риносинуситом обнаружили серьезные сдвиги иммунного статуса, особенно со стороны Т-звена иммунитета и его субпопуляций, а также расстройства гуморального звена иммунитета, подавление противовоспалительного цитокина IL-10 и возрастание провоспалительного IFN-γ. Под влиянием проведенного лечения не происходило восстановление параметров иммунного статуса у больных. Можно лишь констатировать положительные изменения содержания IL-10 и параллельное снижение IFN-γ в динамике лечения.

Ключевые слова: иммунный статус, ВИЧ-инфекция, острый риносинусит, Т-звено иммунитета, В-звено иммунитета, гуморальный иммунитет, иммунодефицит, цитокины.

В последние три десятилетия XX-XXI вв. определяющей причиной вторичного иммунодефицита (ВИД) у детей стала ВИЧ-инфекция, пандемия которой продолжает нарастать. Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции носит системный характер, проявляясь глубокой супрессией Т- и В-звеньев клеточного иммунитета [1-3].

Одним из первых симптомов СПИДа нередко являются заболевания ЛОР-органов. Острый риносинусит (ОРС) часто выявляется у детей с ВИЧ-инфекцией, заболеваемость им в детском возрасте колеблется в пределах 60-75%, а летальность составляет 0,01-0,2% от заболевших [6, 7].

У ВИЧ-инфицированных детей ОРС встречаются чаще по сравнению с детьми с нормальной иммунной системой. Одним из серьезных осложнений ОРС у ВИЧ-инфицированных детей младенческого возраста является поражение головного мозга [11, 12, 14].

В связи с вышеотмеченным весьма актуальным в медицине является изучение параметров иммунного статуса у детей с ОРС и ВИЧ. Классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться оториноларинголог, - это развитие ОРС на фоне ВИЧ. Этим была продиктована необходимость настоящего исследования [1, 2, 5-7, 15].

Цель исследования. Изучение параметров иммунной системы у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС.

Материал и методы. Исследовали 25 ВИЧ-инфицированных детей с ОРС (основная группа) в возрасте от 3-х до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра. Мальчики составили 56,6%, девочки - 43,4%. Одностороннее поражение синусов наблюдалось у 57,8%, двустороннее - у 42,2 %. Кроме признаков воспаления отмечалось общее беспокойство, плохой сон, отказ от грудного питания, головные боли. Помимо традиционного обследования (общий анализ крови, мочи, бактериологические и биохимические исследования) все больные прошли ЛОР-осмотр, по показаниям - зондирование синуса (26,5%), рентгенографию придаточных пазух носа (9,6%).

В контрольной группе было 14 практически здоровых детей аналогичного возраста, не имевших в анамнезе ОРС и ВИЧ.

Все пациенты основной группы - 25 ВИЧ-инфицированных детей - состояли на учете в Бухарском областном СПИД-центре. Больные получали антиретровирусную терапию, антибактериальную, противовоспалительную и местную терапию в условиях стационара.

Диагноз ВИЧ основывался на выявлении специфических антител в стандартных серологических тестах (ИФА-анализ, иммуноблотинг в модификации Western-blot) и сопоставления эпидемиологических и серологических данных.

Иммунологические исследования проводили совместно с НИИ Иммунологии АН РУз. (Ташкент). В исследование включали больных с ВИЧ-инфекцией и ОРС, родители которых дали информированное согласие на участие в данном исследовании (работа была выполнена в соответствии с Хельсинкской декларацией и одобрена этическим комитетом Бухарского государственного медицинского института).

Фенотипирование лимфоцитов осуществляли непрямым иммунофлюоресцентным ме-

тодом при помощи моноклональных антител к CD-рецепторам производства «Sorbent-Servis Ltd» (Россия) Института иммунологии МЗ и СР РФ. Определяли Т-лимфоциты (общая популяция - CD3); Т-хелперы (субпопуляция Тх - CD4); Т-супрессоры (субпопуляция Тс - CD8); Тк (субпопуляция Тк - CD16), В-лимфоциты (субпопуляция CD19). Вычисляли иммунорегуляторный индекс (ИРИ) - соотношение CD4/CD8.

Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (Ig) А, М и G определяли методом радиальной иммунодиффузии [10]. Уровень цитокинов (ИФН- γ , ИЛ-10) в сыворотке периферической крови изучали методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Параметры иммунного статуса изучали дважды: до - и спустя 1 месяц после лечения.

Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием компьютерной программы Microsoft Excel 2003 на компьютере LG-Pentium IV. Достоверность различий при сравнении средних значений определяли по критерию t Стьюдента. Данные представлены в виде $M \pm m$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

У ВИЧ-инфицированных детей с ОРС в сроки до проведения лечения у них были выявлены существенные сдвиги в их иммунной системе (табл. 1), а именно 0,7-кратное понижение абсолютного числа лейкоцитов и относительного содержания лимфоцитов, двукратное снижение абсолютной величины лимфоцитов. Такое снижение отразилось в статистически достоверном снижении в 2-3 раза абсолютных величин общего пула Т(CD3)- и В(CD19)-лимфоцитов (табл. 1).

Также у данной категории пациентов обнаружили глубокую супрессию Т-клеточного иммунитета в их относительном выражении: 0,6-кратное снижение Т-клеток с фенотипом (CD3), ещё более заметную супрессию Т-клеток хелперов - Тх (CD4) - до $13,8 \pm 2,3\%$ (в контроле $34,2 \pm 1,6$; $p < 0,001$), при этом содержание субпопуляции Т(CD8)-цитотоксических лимфоцитов превосходило фоновые значения контрольной группы в умеренной степени ($p > 0,05$). В связи с этим, в данной группе происходит инверсия ИРИ - соотношения CD4/CD8, что приводит к серьёзным изменениям в иммунной системе у данных больных. Итак, нами обнаружен дисбаланс субпопуляций Т-клеток с уменьшением их хелперной доли Тх(CD4) и возрастанием супрессорной части - Тс (CD8) (табл. 1). Регистрируемое нами уменьшение ИРИ у ВИЧ-инфицированных с ОРС детей свидетельствует о функциональной недостаточности клеток с фенотипом Тх(CD8), а это является признаком развившегося у больных глубокого иммунодефицита. При данной микст-инфекции выявили неболь-

шую активизацию субпопуляции Т-киллеров - Тк (CD16), что, вероятно, является также патогмоничным при указанной патологии.

В отношении В-звена иммунитета можно заключить, что происходило его умеренное снижение ($p > 0,05$). Уменьшение количества В(CD19) лимфоцитов отразилось на спектре содержания сывороточных иммуноглобулинов (СИ) двух классов - IgA и IgG (табл. 1).

Выявленные нами расстройства в функционировании иммунной системы у детей с ОРС и ВИЧ-инфекцией, по-видимому, можно расценивать как возможные факторы патогенеза при данной микст-инфекции у детей. Уменьшение относительного количества Тх (CD4) - это серьёзный усугубляющий фактор и неблагоприятный прогностический критерий. Наши результаты вполне согласуются с данными других авторов, указывающих на снижение клеточных факторов иммунитета и его центрального звена - Тх (CD4) - [9, 13, 15].

Проведенное лечение не приводило к заметным изменениям параметров иммунной системы у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС: наблюдалась тенденция в умеренном возрастании отдельных звеньев клеточного и гуморального иммунитета, однако восстановления основных параметров иммунного статуса не происходило (табл. 1). Трудности в достижении лечебного и иммуномодулирующего действия у детей с ВИЧ-инфекцией в сочетании с ЛОР-патологией, либо без ЛОР-патологии при применении у них антиретровирусной терапии отмечает ряд авторов [11, 12, 14].

Таблица 1

Параметры иммунной системы у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС в динамике лечения

Показатель	Здоровые (n = 14)	Больные (n = 25)
Лейкоциты, кл/мкл	6123 ± 162	4251 ± 321*** 4437 ± 234***
Лимфоциты, %	29,6 ± 1,7	21,4 ± 2,15** 22,7 ± 2,4*
Лимфоциты, абс.	1812,4 ± 35,7	931,5 ± 97,2*** 1003,6 ± 47,5***
Т(CD3), %	58,3 ± 2,5	38,4 ± 3,2*** 41,2 ± 2,7***
Т(CD3), абс.	1058,2 ± 72,2	362,5 ± 43,6*** 425 ± 51,4***
Тх(CD4), %	34,2 ± 1,6	13,8 ± 2,3*** 12,4 ± 2,7***
Тс(CD8), %	22,7 ± 1,2	24,2 ± 2,8 26,5 ± 3,1
ИРИ (CD4/CD 8)	1,5 ± 0,14	0,58 ± 0,31** 0,49 ± 0,36**

Тк(CD16), %	15,4 ± 0,9	16,2 ± 2,5 18,4 ± 3,2
В(CD19), %	24,3 ± 1,22	19,62 ± 4,4 22,5 ± 2,6
CD19, абс.	351,6 ± 29,4	182,1 ± 20,5*** 228,7 ± 34,9**
Ig A, мг%	129,2 ± 10,8	84,4 ± 7,8** 101,9 ± 13,6
Ig M, мг%	86,7 ± 8,9	140,4 ± 13,1*** 136,3 ± 16,5**
Ig G, мг%	1047,3 ± 33,4	888,7 ± 42,7** 761,4 ± 54,6***

Примечание: в числителе данные до лечения, в знаменателе - после лечения; *-p<0,05; **-p<0,01; ***- p<0,001 - по сравнению с контрольной группой;

Таблица 2

Содержание про- и противовоспалительных цитокинов у ВИЧ-инфицированных детей в сочетании с ОРС в динамике лечения

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
ИФН-γ, пг/мл	23,70 ± 5,38	82,80 ± 25,07** 21,93 ± 5,28
ИЛ-10, пг/мл	10,95 ± 3,65	86,08 ± 25,72*** 52,04 ± 15,06**

Примечание: в числителе данные до лечения, в знаменателе - после лечения; *- p<0,05; **- p<0,01; ***- p<0,001 - по сравнению с контрольной группой;

Кроме этого, у больных сохранялось напряжение гуморального компонента системы иммунитета ($p > 0,05$). У ВИЧ-инфицированных больных с ОРС обнаружили слабое возрастание Т(CD3) и В(CD19) в их относительном и абсолютном значениях, а также умеренное повышение продукции Тк(CD16), Тс(CD8), концентрации Ig A (табл. 1). Приблизительно такую же картину изменений у больных детей с ОРС без ВИЧ-инфекции выявили авторы [3, 4 16, 17].

Изучение цитокинового спектра у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС показало наличие достоверных различий между значениями основной и контрольной групп. Так, например, если у здоровых детей уровень ИФН-γ составлял $23,70 \pm 5,38$ пг/мл, то у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС аналогичный параметр был в 3,5 раза выше (табл. 2). Высокий уровень ИФН-γ у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС свидетельствовал о выраженности степени воспалительной реакции [9, 13, 16, 17].

Известно, что источником ИФН-γ служат активированные Т-лимфоциты и натуральные киллеры. Среди Т-лимфоцитов продуцентами ИФН-

являются как цитотоксические Тс(СD8), так и Тх(СD4)-клетки, однако при дифференцировке последних на Th1 и Th2 способность вырабатывать ИФН- γ сохраняют только Th1-клетки. Важнейшей функцией ИФН- γ является его участие в опосредовании взаимосвязей между лимфоцитами и макрофагами, а также в регуляции соотношения клеточной и гуморальной составляющих иммунного ответа. Являясь основным продуктом Th1-клеток, ИФН- γ снижает секреторную активность Th2-клеток. Таким образом, ИФН- γ усиливает развитие клеточного иммунитета и подавляет проявления гуморального иммунитета [3, 4, 9, 16], что также в определенной мере было выявлено и в наших исследованиях.

Прогрессирующая Т-клеточная дисфункция, которая сопровождает ВИЧ-инфекцию и характеризуется в начале исчезновением пролиферативного ответа на «забытые» антигены, а затем - на аллогенную стимуляцию и в конечном счете - отсутствием ответа на митоген. При этом наблюдаются изменения цитокинового профиля: снижение и исчезновение ИФН- γ -продукции сопровождается подъемом продукции ИЛ-10. Эти изменения знаменуют переход из Th1 в Th2, то есть клеточного иммунитета на гуморальный. Преобладание последнего ассоциируется с прогрессированием ВИЧ-инфекции. Механизм, контролирующий переключение с Th1 на Th2 иммунный ответ, является многофакторным, но ВИЧ играет непосредственную и активную роль в этом процессе, изменяя продукцию иммунорегуляторных цитокинов. В работах авторов [3, 4, 9] подтверждается значимость переключения с Th1 на Th2 ответ для патогенеза ВИЧ-инфекции. Следовательно, ИФН- γ играет важную роль в иммунорегуляции, являясь ключевым цитокином клеточного иммунного ответа и ингибитором гуморального иммунного ответа [9, 13, 15-17].

В нашем исследовании уровень ИЛ-10 в группе у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС приблизительно в 8 раз превышал таковые значения контрольной группы. Известно, что ИЛ-10 - это фактор, стимулирующий В-лимфоциты, поскольку он индуцирует пролиферацию В-клеток. Мы установили тенденцию в умеренном возрастании относительной величины В (СD19)-лимфоцитов и IgA с параллельным увеличением уровня ИЛ-10. Главными продуцентами ИЛ-10 являются Th2-клетки. ИЛ-10 подавляет функции макрофагов и секрецию ими ИЛ-1, ИЛ-6, оказывая при этом противовоспалительное действие.

Мы полагаем, что противовоспалительные цитокины, в данном случае ИЛ-10, блокируя рецепторы для провоспалительных иммуномедиаторов (ИФН-) или, активируя супрессорные клетки, - а мы у больных детей с ВИЧ в сочетании с ОРС на-

блюдали слабое возрастание Тс(СD8), останавливают воспалительный процесс. Наши результаты не противоречат данным других авторов [3, 4, 9, 12, 14, 16].

Сравнительный анализ показал, что соотношение ИФН- γ / ИЛ-10 (Th1/ Th2) у здоровых детей равнялось 2,2. При наличии выраженного воспалительного процесса, то есть у детей основной группы, этот показатель составлял 0,96. Выявлен выраженный дисбаланс в функционировании основных регуляторных цитокинов, который выражался резким подъемом уровня противовоспалительных цитокинов и подавлением провоспалительных цитокинов, являющихся основными регуляторами острых воспалительных состояний [9, 13, 15-17].

После проведения лечения у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС уровень ИФН- γ приблизился к контрольным значениям, а уровень ИЛ-10 в динамике лечения если и снижался, но все же оставался на высоком уровне, в 5,5 превышая таковые параметры у детей контрольной группы. Соотношение ИФН- γ /ИЛ-10 в основной группе имело тенденцию к ещё большему снижению, составляя 0,42.

Таким образом, у ВИЧ-инфицированных детей с ОРС выявлен глубокий дефицит большинства параметров иммунного статуса: выявлена существенная супрессия Тх(СD)-лимфоцитов и инверсия ИРИ с увеличением функциональной активности Тс(СD8)-лимфоцитов. У больных с микст-инфекцией ОРС и ВИЧ не происходило положительной динамики изменений иммунного статуса после лечения. Нарушение количественного соотношения про- и противовоспалительных цитокинов свидетельствует о наличии предсуществующего иммунодефицитного состояния, которое, по-видимому, и проявилось развитием, усугублением и осложнением в виде патологии ОРС на фоне ВИЧ-инфицирования.

Литература.

1. Бессараб Т. П. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии // Леч. вр., 2000; 1 : 26-30.
2. Бессараб Т. П., Ющук Н. Д., Анютин Р. Г. и др. ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике // Леч. вр., 2005; 3 : 12-7.
3. Кетлинский С.А. Роль Т-хелперов типов 1 и 2 в регуляции клеточного и гуморального иммунитета // Иммунология, 2002; 23 (2) : 77-9.
4. Носик Н.Н. Цитокины при вирусных инфекциях // Вопр. вирусол., 2000; 1: 4-10.
5. Поражение ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных детей // Medical portal EUROLAB/ Р. 1-4.
6. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей // СПб. : Питер, 2003; 448 с.
7. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е. и др. ВИЧ-инфекция. СПб, 2004; 696 с.
9. Симбирцев А.С. Цитокины - новая система регуляции

защитных реакций организма // Циток. и восп., 2002; 1 : 9-17.

10. Mancini G., Carbonara A.O., Heremans J.F. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immunochemistry, 1965; 2: 235-54.

11. Mofenson L.M., Korelitz J., Pelton S. et al. Sinusitis in children infected with human immune deficiency virus: clinical characteristics, risk factors, and prophylaxis // Clin. Infect. Dis., 1995; 21 : 1175-81.

12. Newell M.L., Patel D., Goetghebuer T., Thorne C. European Collaborative Study. CD4 cell response to antiretroviral therapy in children with vertically acquired HIV infection: is it associated with age at initiation? // J Infect Dis

2006; 193 : 954-62.

13. Rumshaw I. A., Ramsay A. J., Karupiah G. et al. Cytokines and immunity to viral infections // Immunol. Rev., 1998; 159 (1) : 69-77.

14. Wald E.R. Microbiology of acute and chronic sinusitis in children and adults // Am J Med Sci, 1998; 316 (1) : 13-20.

15. Weldon D.R. What drives the inflammatory response in rhinosinusitis // Allergy Asthma Proc., 2006; 27 (6) : 441-46.

16. Wise M.T., Hagaman D.D. An immunological approach to chronic and recurrent sinusitis // Curr. Opin Head neck Surg., 2007; 15 (1) : 10-7.

17. Vicenzi E., Biswas P., Vingozi M., Poli G. Role of pro-inflammatory cytokines and chemokines in controlling HIV replication // J. Leukocyte Biol., 1997; 62 : 34-40.

ДОЛЖНЫ ЛИ СПЕЦИАЛИСТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПРИВЛЕКАТЬ МУЖЧИН К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ?

Кольцова О.В.^{1,2}, Сафонова П.В.¹, Сухарева Ю.В.², Кутукова О.С.¹, Самарина А.В.^{1,2}

¹ Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Резюме. Как показывает обзор исследований привлечение мужчин к добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию (ДКТ) является чрезвычайно важным для перинатальной профилактики ВИЧ. На призыв Санкт-Петербургского Центра СПИД к врачам гинекологам направлять партнеров беременных женщин для консультирования и тестирования на ВИЧ откликнулись 4 женские консультации, что позволило в течение 4 месяцев обследовать 185 партнеров беременных женщин, из которых 2 получили положительный результат анализа при отрицательном ВИЧ-СТАТУСЕ беременных женщин. Сравнительный анализ результатов анкетирования мужчин (n=419) показывает значимые различия между партнерами беременных женщин, направленных врачами женских консультаций, и теми, кто обратился для обследования на ВИЧ самостоятельно. Эти две группы мужчин различны по семейному положению, восприятию рисков инфицирования ВИЧ и степени осведомленности по вопросам профилактики ВИЧ. 48,2 % мужчин, направленных акушерами-гинекологами, впервые обследовались на ВИЧ. 48,6 % из них отрицают даже минимальный риск заражения ВИЧ-инфекцией на фоне слабой осведомленности об этих рисках. Для формирования опосредованной мотивации к обследованию на ВИЧ у мужчин в период беременности женщин имеют значение инициатива персонала антенатальных служб в активном направлении мужчин в Центр СПИД и консультирование, которое в обязательном порядке должно проводиться до и после теста на ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ППМР, женская консультация, Центр СПИД, мужчины, беременные женщины, семейные системы, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, консультирование и тестирование по инициативе медицинских работников.

Введение.

Для перинатальной профилактики ВИЧ от матери ребенку (ППМР) чрезвычайно важно своевременно выявлять ВИЧ-инфицированных женщин и обеспечить их антиретровирусной профилактикой (АРВП) в период беременности. Однако, как показывает практика, эти меры нельзя считать достаточными для полного предотвращения перинатальной передачи ВИЧ. Изучение эпидемиологического анамнеза 350 ВИЧ-инфицированных детей, наблюдавшихся в СПб Центре СПИД в 2014-15 гг. [1] позволило обнаружить, что в 15% (53/350) случаев дети заразились от своих матерей, у которых до самых родов ВИЧ-инфекция не определялась (результаты обследования женщин на ВИЧ во время беременности были отрицательными). Ана-

лиз углубленного психологического интервьюирования, в котором приняли участие 36 человек, показал, что заражение ребенка ВИЧ от матери в 61% (22/36) случаев произошло при инфицировании женщин от своего партнера на поздних этапах беременности, в родах или в период грудного вскармливания. Для этих ситуаций характерны одновременно 2 обстоятельства: 1) женщина не знала ВИЧ-статус партнера и 2) она имела ВИЧ-отрицательный статус во время беременности.

Более широкий подход к профилактике ВИЧ-инфекции должен реализовываться на уровне семейных систем. Это подход подчеркивает важную роль мужчин. Стратегия привлечения мужчин - половых партнеров беременных женщин к консультированию и тестированию на ВИЧ определена Всемирной Организацией Здравоохранения

(ВОЗ) как одно из приоритетных вмешательств в программах ППМР и показала свою эффективность через снижение новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией более, чем на 70%, при внедрении на национальном уровне (Karita E., 2016).

Однако для вовлечения мужчин в мероприятия по репродуктивному здоровью важно учитывать факторы, определяющие прохождение теста на ВИЧ мужчинами.

Как показывает ряд исследований, обращение мужчин в службы добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ), в том числе по направлению из антенатальных служб остается низким. По данным разных исследователей среди общего населения ранее проходили ДКТ хотя бы единожды 21-35% мужчин (Leta T.H., 2012, Conserve D., 2013, Bhoobun S., 2014); 2-19% мужчин обращались в антенатальные службы вместе с женщиной (Makoni A., 2016, Jefferrys L., 2015), около 20% партнеров беременных женщин прошли тест на ВИЧ самостоятельно (Yee L., 2016). Среди женщин, пригласивших партнера пройти тест на ВИЧ в антенатальной службе, лишь 16% вернулись с партнером, причем среди тех партнеров, которые согласились пройти тест на ВИЧ, лишь 14% проходили его ранее (Katz D.A., 2009). 40% мужчин-партнеров беременных женщин в ЮАР никогда не проходили тестирование на ВИЧ, лишь 32% обследуемых на ВИЧ прошли этот тест в период беременности жены и 37% - после родов (Коо К., 2013).

Ограничивать вовлечение мужчин в тестирование на ВИЧ в связи с беременностью женщины могут социокультурные и гендерные нормы, а также особенности организации родовых служб, не поддерживающие участие мужчин в антенатальных мероприятиях (Dunlap J., 2014). Например, в Бразилии барьерами для мужчин являются недостаточное вовлечение мужчины в планирование беременности, неудобные часы работы антенатальной службы и стигма в отношении людей с ВИЧ (Yeganeh N., 2017).

Гендерные различия в тестировании на ВИЧ выявлены в мотивации, обращаемости и частоте прохождения обследования. Мужчины реже, чем женщины, проходят тест на ВИЧ (van Rooyen H., 2013). В наиболее пораженном ВИЧ регионе в Южной Африке из общего населения, охваченного тестированием на ВИЧ в течение одного года, 72,7% составили женщины. Когда из полученных результатов исключили тесты на ВИЧ в связи с беременностью, доля женщин, тестировавшихся на ВИЧ, осталась преобладающей 65,1% (Snow R.C., 2010).

Факторами, влияющими на прохождение мужчинами теста на ВИЧ в период беременности жены, являются следующие: обсуждение с женщиной прохождения теста на ВИЧ с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а

также знание того, что жена прошла тест на ВИЧ и раскрыла результат своего анализа (Коо К., 2013, Yeganeh N., 2017). Мужчины, прошедшие ДКТ, встречаются чаще среди тех, кто использует презерватив, имеет одного полового партнера, знает ВИЧ-статус своего партнера, более старшего возраста, более образован (Conserve D., 2013), а также если он был направлен медицинским работником (Snow R.C., 2010). На прохождение ДКТ мужчинами влияет история использования презерватива, восприятие своего риска, наличие платы за тест на ВИЧ (Leblanc N.M., 2014).

В рамках программ ППМР все вмешательства, направленные на привлечение мужчин к тестированию на ВИЧ, используют не прямой подход, т.е. через их беременных жен (Sherr L., 2012). Большая часть мужчин (74%) реагирует позитивно, когда получают письменное приглашение на ДКТ от жены (Коо К., 2013). Поэтому даже формальное приглашение мужчин в антенатальную или другую службу для прохождения теста на ВИЧ, а также предложение им удобного медицинского объяснения для освобождения от работы может увеличить вовлечение мужчин (Yeganeh N., 2017). Одной из эффективных стратегий вовлечения мужчин в тестирование на ВИЧ в целях ППМР может быть предложение пройти на выбор семейное или индивидуальное консультирование перед тестом на ВИЧ (Katz D.A., 2009).

В Санкт-Петербурге все беременные женщины проходят тестирование на ВИЧ в женских консультациях. Однако существует проблема своевременного выявления ВИЧ-инфекции у половых партнеров беременных женщин, так как обследование мужчин не может реализовываться в женских консультациях в силу организационных условий.

В марте 2017 г. для специалистов перинатальных служб СПб Центром СПИД был проведен региональный междисциплинарный семинар «Вопросы оказания помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям в Санкт-Петербурге», где активно обсуждался вопрос об активном привлечении партнеров беременных женщин к тестированию на ВИЧ. Обучение врачей гинекологов стимулировало их к постановке задач, которые раньше даже не ставились — прописанное в рекомендациях для врачей [2] направление партнеров беременных женщин пройти тестирование на ВИЧ часто не соблюдалось, так как ЖК традиционно обслуживают только женщин. После семинара 4 женские консультации в Санкт-Петербурге №№ 7, 22, 25 и 40 проявили инициативу, и стали направлять мужчин — будущих отцов — в СПб Центр СПИД для обследования на ВИЧ.

Мы предполагаем, что мужчины, направленные из женских консультаций, и мужчины, обратив-

шиеся для обследования на ВИЧ самостоятельно и анонимно, имеют разную мотивацию для прохождения теста на ВИЧ, которая в свою очередь обусловлена их разной оценкой рисков инфицирования ВИЧ и уровнем осведомленности о проблеме. Именно эти различия нуждаются в изучении, чтобы повысить значимость инициативы врачей женских консультаций в активном направлении в службы тестирования и консультирования на ВИЧ партнеров беременных женщин с учетом относительной пассивности мужской части общего населения.

Цель исследования: изучить осведомленность о ВИЧ-инфекции и оценку собственного риска заражения ВИЧ у мужчин, обратившихся в кабинет психосоциального консультирования СПб Центра СПИД, и обосновать значимость инициативы врачей акушеров-гинекологов женских консультаций в направлении партнеров беременных женщин на консультирование и тестирование на ВИЧ.

Материалы и методы. В настоящее время имеется множество различных подходов к проведению тестирования на ВИЧ и консультирования, включая ДКТ в государственных медицинских учреждениях (Центры СПИД, КВД, ЖК и другие ЛПУ) и негосударственных СПИД-сервисных организациях, а также при направлении медицинским работником. Люди часто имеют разную мотивацию, обращаясь с просьбой о проведении тестирования (как рекомендуемого медицинскими работниками, так и иницируемого самим клиентом). Сопротивление тестированию на ВИЧ часто свойственно людям, если решение обследоваться не является добровольным, если есть угроза конфиденциальности обращения, сомнение в правильности результатов тестирования и нет информации о доступности эффективного лечения ВИЧ-инфекции в случае ее выявления [3]. Именно в процессе консультирования необходимо снизить все страхи и опасения, помочь правильно оценить свои риски заражения ВИЧ (в том числе, в прошлом поведении), восполнить пробелы в знаниях о современном состоянии медицины по профилактике и борьбе с заболеванием и получить информированное согласие на проведение анализа крови.

Задачи индивидуального консультирования при тестировании на ВИЧ заключаются в оказании помощи для осознания поведенческих рисков, информирования о ВИЧ-инфекции и по связанным с ней вопросам, психологической поддержки в принятии своего ВИЧ-статуса (отрицательного или положительного) и построении безопасного поведения в будущем. При получении положительного результата на ВИЧ обследуемому проводится кризисное консультирование, обсуждаются возможности раскрытия ВИЧ-статуса половому

партнеру. Дело не терпит отлагательства, если половой партнер — беременная женщина и в будущем кормящая мать, заражение которой с большой долей вероятности приведет к передаче ВИЧ-инфекции ребенку. Консультирование мужчины, направленного из женской консультации в связи с беременностью женщины, при любом результате теста на ВИЧ имеет важнейшее профилактическое значение для сохранения здоровья партнеров и их будущих детей.

Перед консультантом стоит ряд задач, две из которых состоят в выяснении степени поведенческого риска и уровня информированности обследуемого по вопросам ВИЧ. Для оптимизации процесса консультирования перед тестом на ВИЧ в психосоциальном кабинете СПб Центра СПИД разработана анонимная анкета [1], которую обследуемый должен заполнить. Ответы на вопросы анкеты позволяют «раскрыть» поведенческие риски обследуемого и оценить уровень его осведомленности о ВИЧ-инфекции, т.е. быстро получить информацию для обсуждения — какие знания необходимо дополнить, какие представления о ВИЧ нуждаются в коррекции.

На основании анкетирования мужчин в психосоциальном кабинете СПб Центра СПИД мы сравнили данные 2-х групп мужчин, условно разделенных на «анонимных», т.е. обратившиеся самостоятельно и анонимно и «мужчин из ЖК», т.е. направленных врачами женских консультаций.

Ответы на вопросы анкеты позволяют оценить принадлежность тестируемых к ключевым группам (потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие секс с мужчинами, коммерческие секс-работники), определить уровень осведомленности анкетированных о ВИЧ-инфекции. Вопросы/утверждения предполагают единственный и/или множественный выбор из предложенных вариантов, удобны для внесения ответов в электронную форму с целью статистической обработки данных.

С 29 марта по 20 июля 2017 г. в кабинете анонимного психосоциального консультирования СПб Центра СПИД заполнили анкету и прошли ДКТ 2244 человека. Мужчины составили 1406 человек (62,7%), из которых 1221 — обратились самостоятельно (добровольно и анонимно), а 185 — обратились с направлением от врачей акушеров-гинекологов женских консультаций (ЖК), так как являлись партнерами беременных женщин (добровольно, но не анонимно).

В исследование включены 419 мужчин — 179 «мужчин из ЖК» (не вошли в обработку 6 мужчин этой группы, которые не заполнили анкету) и 240 «анонимных мужчин», которые были отобраны случайным образом. Статистическая обработка проводилась с помощью программы IBM SPSS

Statistics 22. В качественном анализе данных использовались описательные статистики, различия между группами оценивались по критерию хи-квадрат Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Мужчины из обеих групп не имеют значимых различий по возрасту, наличию регистрации в Санкт-Петербурге, по количеству детей, употреблению наркотиков в прошлом и опыту тестирования на ВИЧ в прошлом (табл. 1).

Таблица 1

Социально-демографические характеристики мужчин исследуемых групп

Критерий	Мужчины анонимные (n = 240)	Мужчины из ЖК (n = 179)
Средний возраст	31 год	31 год
В возрасте 35 лет и младше	64,2%	78,2%
Не имеют регистрации в Санкт-Петербурге	20,8%	22,3%
Семейное положение	60% - не женаты; 16,7% - в зарегистрированном браке; 7,5% - в фактическом браке; 7,1% - в разводе 1,7% - вдовцы	3,9% - не женаты 77,1% - в зарегистрированном браке; 12,3% - в фактическом браке; 0,6% - в разводе
Дети	72,9% - не имеют детей 17,5% - имеют 1 ребенка 7,1% - имеют 2 детей 2,5% - имеют 3 и более детей	66,5% - не имеют детей 27,9% - имеют 1 ребенка 4,5% - имеют 2 детей 1,1% - имеют 3 и более детей
Количество половых партнеров за последний год	10,8% - не было партнеров 33,7% - 1 партнер 12,5% - 2 партнера 38,3% - от 3 до 10 партнеров 4,6% - более 10 партнеров	1,1% - не было партнеров 95,5% - 1 партнер за год 2,8% - от 2 до 10 партнеров 0,5% - более 10 партнеров
Употребление наркотиков (внутривенно или повышающих сексуальную активность)	95,4% - не употребляли наркотики 4,1% - употребляли наркотики	98,8% - не употребляли наркотики 0,5% - употребляли наркотики
Когда-либо в прошлом проходили тест на ВИЧ	55,4% - ранее сдавали тест на ВИЧ 44,6% - никогда не сдавали	50,5% - ранее сдавали тест на ВИЧ 48,2% - никогда не сдавали
Кому хочет сообщить результат анализа на ВИЧ (варианты ответов: партнеру, родителям, родственникам, друзьям, никому)	37,9% - хотят сообщить партнеру 6,6% - не хотят сообщать никому	65,4% - хотят сообщить партнеру 15,4% - не хотят сообщать никому

Семейных мужчин значительно меньше в группе «анонимных» по сравнению с «мужчинами из ЖК» (77,1% против 16,7%, $p < 0,001$). «Анонимные» чаще указывают на наличие более 1 полового партнера за последний год (55,4% против 3,3%, $p < 0,001$), однако отсутствие анонимности и семейное положение могут влиять на степень искренности ответов на данный вопрос у мужчин, направленных из ЖК. Разница в ответах на вопрос «Кому Вы хотели бы сообщить результат анализа?» вполне объяснима. В группе «анонимных» только 37,5% мужчин собираются раскрыть партнеру свой ВИЧ-статус, что возможно связано со случайными контактами. 34,6% «мужчин из ЖК» нуждаются в помощи, чтобы сообщить о результатах обследования беременной женщине.

Вопросы анкеты и их обсуждение на консультации позволяют выявить ошибочные представления о ВИЧ-инфекции и скорректировать их. Пути передачи ВИЧ-инфекции большинству известны - половой, через кровь и от матери к ребёнку. Однако при обсуждении рисков заражения, можно выявить ложные представления о передаче вируса. Например, немало людей считают, что при оральном сексе инфицироваться невозможно, прерванный половой акт — не опасен. В вопросе: «Через какие жидкости можно заразиться ВИЧ-инфекцией?» - предлагаются 8 вариантов ответов, из которых надо отметить правильные. Часто мы видим, что обследуемые не относят грудное молоко к биологическим жидкостям, содержащим вирус в достаточной концентрации для передачи ВИЧ, но при этом отмечают слюну или мочу как передающие вирус. Чтобы человек избавился от необоснованных страхов заражения при общении с ВИЧ-положительными людьми в быту, но оберегал себя от реальных рисков, важно, чтобы он понимал, что только контакты с кровью, семенной жидкостью, вагинальными секретами и грудным молоком, содержащими вирус в достаточной концентрации для передачи ВИЧ, являются опасными. Полезным является обсуждение степени риска, чтобы не делать умозаключения о ВИЧ-статусе полового партнера, (положительного или отрицательного), который воспринимается аналогичным собственному ВИЧ-статусу без прохождения тестирования, если с ним был незащищенный половой контакт.

Следующий не менее важный вопрос - это симптомы заболевания. К сожалению, люди уверены, что если они хорошо себя чувствуют и редко болеют - это гарантия их здоровья. Некоторые ВИЧ-инфицированные люди более 15 лет не отмечают у себя каких-либо особенных признаков или симптомов заболевания. С другой стороны, консультанту бывает трудно переубедить человека, обнаружившего у себя некий, даже единичный симптом, который он связывает с проявлением

ВИЧ-инфекции, при объявлении ему отрицательного результата анализа на ВИЧ (этот симптом не связан только с ВИЧ). Задача консультанта - переклассифицировать человека от самостоятельной оценки своего состояния, рекомендовать осмотр врача и объяснить результаты обследования на ВИЧ, предупредить о периоде серонегативного окна, обращая внимание на ситуацию, когда был последний незащищенный контакт.

Многие люди боятся проходить тест на ВИЧ, так как испытывают страх обнаружить у себя заболевание, вызванное этим вирусом, зачастую не делая различий между ВИЧ и СПИДом. Многие не в курсе последних достижений ВИЧ-медицины, и не знают, что ВИЧ-инфекция хроническое, контролируемое и уже не смертельное заболевание. Чем раньше она будет выявлена, тем лучше прогноз для сохранения здоровья и жизни заболевшего. В то время как одни воспринимают ВИЧ-инфекцию как «Чуму 20 века» и боятся умереть от нее в самое ближайшее время, другие полагают, что от этого заболевания уже существует средство, позволяющее полностью излечиваться.

Консультирование по вопросам снижения риска способствует снижению частоты совершения поступков с высоким риском заражения ВИЧ.

В таблице 2 приведены соотношения ответов «не знаю» и неверных ответов на вопросы анкеты, оценивающие осведомленность о ВИЧ-инфекции. Информированность по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции у мужчин, направленных из ЖК, значительно ниже, чем у мужчин, обратившихся по своей инициативе.

В группе анонимных мужчин, обратившихся по собственной инициативе, ВИЧ-положительный результат получен в 13,7% случаев (167/1221). Из группы мужчин, прошедших тестирование по инициативе врачей ЖК, ВИЧ-инфекция была выявлена в 1,08% случаев (2/185). ВИЧ-положительные партнеры из группы, направленных из ЖК, сообщили беременным женщинам о своем ВИЧ-статусе и привели их в Центр СПИД. На момент сообщения результатов тестирования партнеров срок беременности у обеих женщин составлял 37 недель. Они получили комплексную медико-психологическую помощь (консультации эпидемиолога, гинеколога, психолога и антиретровирусную профилактику).

В группе «анонимных» значительно больше мужчин, в той или иной степени воспринимающих риск заражения ВИЧ-инфекцией, тогда как мужчины, направленные по инициативе врачей ЖК, поч-

Таблица 2

Оценка осведомленности мужчин по вопросам передачи ВИЧ-инфекции

Содержание вопроса	Ответ «не знаю», %		Неверные ответы, %		Значимость различий Р
	анонимно n = 240	из ЖК n = 179	анонимно n = 240	из ЖК n = 179	
Через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ-инфекцией? (отметьте все правильные ответы)	-	-	67,5	83,2	,001
Постоянное использование презервативов защищает от ВИЧ-инфекции?	-	-	7,1	19,0	,000
Можно ли по внешнему виду человека понять, что он ВИЧ-инфицирован?	26,7	46,9	4,6	5,0	,000
Следует ли опасаться заражения ВИЧ в быту (при приготовлении пищи, использовании общих предметов)?	17,9	27,4	6,3	19,0	,000
Укажите максимальный срок периода «окна»	27,9	62,0	-	-	,000
Существует ли поддерживающее лечение/терапия ВИЧ-инфекции?	17,9	45,3	1,3	3,9	,000
Можно ли полностью вылечить ВИЧ-инфицированного человека?	30,4	49,2	4,6	6,7	,000
Сколько можно прожить с ВИЧ-инфекцией?	30,8	55,3	-	-	,000
Могут ли ВИЧ-инфицированные люди иметь детей с ВИЧ-инфекцией?	29,6	45,3	4,6	6,7	,005
Существует ли уголовная ответственность за намеренное заражение ВИЧ-инфекцией полового партнера?	20,4	39,7	2,9	2,8	,000
Всегда ли происходит заражение ВИЧ при половом контакте без презерватива с ВИЧ-инфицированным партнером?	31,3	50,8	19,6	16,8	,001

ти в половине случаев (48,6%) отрицают наличие какого-либо риска инфицирования ВИЧ (рис.1).

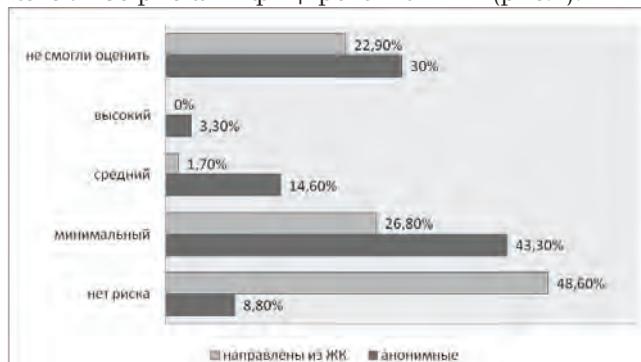


Рис.1. Самооценка риска заражения ВИЧ у мужчин

Выводы. Самостоятельное прохождение ДКТ мужчинами связано с отсутствием семейного положения, восприятием актуального риска инфицирования ВИЧ и более высокой степенью осведомленности по вопросам профилактики заражения.

С целью предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку большую роль играет позиция и инициатива врача гинеколога в активном привлечении мужчин к тестированию на ВИЧ через их беременных жен. Мужчины готовы пройти тест на ВИЧ, если через женщину получают письменное направление на ДКТ с указанием адреса и режима работы кабинета психосоциального консультирования в Центре СПИД. Специалисты Центра СПИД поддерживают мужчину в получении информации («ликвидации безграмотности») в отношении ВИЧ, а также мотивируют к сообщению результатов теста жене, а в случае выявления ВИЧ-инфекции - оказывают психологическую помощь при раскрытии положительного ВИЧ-статуса в семье. В условиях эпидемии ВИЧ-инфекции актуальной является рекомендация мужчине всегда использовать презерватив с женщиной, которая беременна или кормит ребенка грудью.

Литература.

Кольцова О.В., Сафонова П.В. Психосоциальное консультирование при тестировании на ВИЧ-инфекцию / Под ред. Н.А. Белякова. Руководство для врачей и психологов. СПб.: БизнесОстров, 2015. 104 с.

Постановление главного санитарного врача РФ №95 от 21.07.2016 г. «О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения — ВОЗ. - 2014. — 313 с.

Bhoobun S, Jetty A, Koroma MA, Kamara MJ, Kabia M, Coulson R, Ansumana R, Jacobsen KH. Facilitators and barriers related to voluntary counseling and testing for HIV among young adults in Bo, Sierra Leone / J Community Health. 2014 Jun;39(3):514-20. doi: 10.1007/s10900-013-9788-4.

Conserve D, Sevilla L, Mbwambo J, King G. Determinants of previous HIV testing and knowledge of partner's HIV status among men attending a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania / Am J Mens Health. 2013 Nov;7(6):450-60. doi: 10.1177/1557988312468146.

Dunlap J, Foderingham N, Bussell S, Wester CW, Audet CM, Aliyu MH. Male involvement for the prevention of mother-to-child HIV transmission: A brief review of initiatives in East, West, and Central Africa / Curr HIV/AIDS Rep. 2014 Jun;11(2):109-18. doi: 10.1007/s11904-014-0200-5.

Jefferys LF, Nchimbi P, Mbezi P, Sewangi J, Theuring S. Official invitation letters to promote male partner attendance and couple voluntary HIV counselling and testing in antenatal care: an implementation study in Mbeya Region, Tanzania / Reprod Health. 2015 Oct 15;12:95. doi: 10.1186/s12978-015-0084-x.

Karita E, Nsanzimana S, Ndagije F, Wall KM, Mukamuyango J, Mugwaneza P, Remera E, Raghunathan PL, Bayingana R, Kayitenkore K, Bekan-Homawoo B, Tichacek A, Allen S. Implementation and Operational Research: Evolution of Couples' Voluntary Counseling and Testing for HIV in Rwanda: From Research to Public Health Practice. / J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Nov 1;73(3):e51-e58.

Katz DA, Kiarie JN, John-Stewart GC, Richardson BA, John FN, Farquhar C. Male perspectives on incorporating men into antenatal HIV counseling and testing / PLoS One. 2009 Nov 2;4(11):e7602. doi: 10.1371/journal.pone.0007602.

Koo K, Makin JD, Forsyth BW. Where are the men? Targeting male partners in preventing mother-to-child HIV transmission / AIDS Care. 2013;25(1):43-8. doi: 10.1080/09540121.2012.687822.

Leblanc NM, Andes KL. An exploration of men's knowledge, attitudes, and perceptions of HIV, HIV risk, and willingness to test for HIV in Yendi District, Northern Ghana / J Assoc Nurses AIDS Care. 2015 May-Jun;26(3):281-95. doi: 10.1016/j.jana.2014.09.006.

Leta TH¹, Sand y IF, Fylkesnes K. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey / BMC Public Health. 2012 Jun 15;12:438. doi: 10.1186/1471-2458-12-438.

Makoni A, Chemhuru M, Chimbetete C, Gombe N, Mungati M, Bangure D, Tshimanga M. Factors associated with male involvement in the prevention of mother to child transmission of HIV, Midlands Province, Zimbabwe, 2015 - a case control study / BMC Public Health. 2016 Apr 14;16:331. doi: 10.1186/s12889-016-2939-7.

Sherr L, Croome N. Involving fathers in prevention of mother to child transmission initiatives--what the evidence suggests / J Int AIDS Soc. 2012 Jul 11;15 Suppl 2:17378. doi: 10.7448/IAS.15.4.17378.

Snow RC, Madalane M, Poulsen M. Are men testing? Sex differentials in HIV testing in Mpumalanga Province, South Africa / AIDS Care. 2010 Sep;22(9):1060-5. doi: 10.1080/09540120903193641.

van Rooyen H, McGrath N, Chirowodza A, Joseph P, Fiamma A, Gray G, Richter L, Coates T. Mobile VCT: reaching men and young people in urban and rural South African pilot studies (NIMH Project Accept, HPTN 043) / AIDS Behav. 2013 Nov;17(9):2946-53. doi: 10.1007/s10461-012-0368-x.

Yee LM, Goldberger AR, Garcia PM, Miller ES. Sexual partner testing for HIV to eliminate mother-to-child HIV transmission: a needs assessment in an urban hospital community clinic / J Perinatol. 2017. Jan; 37(1):21-26. doi: 10.1038/jp.2016.160.

Yeganeh N, Simon M, Mindry D, Nielsen-Saines K, Chaves MC, Santos B, Melo M, Mendoza B, Gorbach P. Barriers and facilitators for men to attend prenatal care and obtain HIV voluntary counseling and testing in Brazil / PLoS One. 2017 Apr 17;12(4):e0175505. doi: 10.1371/journal.pone.0175505. eCollection 2017.

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Жолобов В.Е., Винтухова Л.В., Вдовиченко Е.А.

Городской центр медицинской профилактики, Санкт-Петербург

Резюме. В статье освещены актуальные вопросы проблемы ВИЧ-инфекции, популяционные методы ее профилактики, проводимые в «Городском центре медицинской профилактики» и Музее гигиены, значение и роль массовой, групповой и индивидуальной информационной работы с отдельными группами, в том числе с учащейся молодежью и подростками, как группой риска по ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, популяционные методы, первичная профилактика, здоровый образ жизни, Музей гигиены.

Основными методами профилактики ВИЧ при отсутствии профилактических вакцин является повышение информированности населения с целью снижения вероятности передачи и распространения ВИЧ-инфекции. Эффективность профилактических мер резко повышается на популяционном уровне.

Приоритет профилактики в сфере здравоохранения является одним из основных принципов охраны здоровья, о чем гласит ст.4 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Новой парадигмой в здравоохранении Российской Федерации является смещение приоритетов от лечения заболеваний к их предотвращению и укреплению здоровья. В системе современного здравоохранения будущего лежит профилактика заболеваний.

В стратегии профилактики заболеваний по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации имеются три направления - популяционная стратегия, стратегия высокого риска и вторичная профилактика, причем вклад популяционной стратегии в снижение смертности составляет 50%. и включает в себя информационно-коммуникационную кампанию, обеспечение условий для здорового образа жизни (ЗОЖ), укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Популяционные методы профилактики — это наиболее экономически эффективные вмешательства в системе здравоохранения. При небольших затратах можно получить значительный эффект.

В РФ в настоящее время вносятся изменения в действующие санитарные правила по надзору за ВИЧ-инфекцией, которые идут в потоке достижения цели ВОЗ «90-90-90». В ноябре 2014 года UNAIDS представила математическую модель остановки распространения ВИЧ. Для этого необходимо, чтобы к 2021 году 90% ВИЧ-инфицированных знали о своем диагнозе (тестирование на ВИЧ), 90% ВИЧ-инфицированных получали лечение и 90% имели сниженную вирусную нагрузку для предупреждения распространения смертельного вируса.

Прошло 35 лет с начала эпидемии ВИЧ-инфекции в мире, но ВИЧ до сих пор не побежден. Эпидемия ВИЧ в ряде регионов России достигла высшей — генерализованной стадии, согласно критериям ВОЗ и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). Это означает, что ВИЧ-инфекция прочно укоренилась среди населения и ее распространение почти не зависит от групп риска.

Согласно Методическим рекомендациям МР 3.1.0087-14 «Профилактика заражения ВИЧ», утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 18 марта 2014 г., в п.5.1. «Общие подходы к профилактике заражения ВИЧ», говорится, что «для успешного противодействия распространению ВИЧ население должно быть не только проинформировано об угрозе распространения ВИЧ, последствиях этого распространения для отдельных личностей и общества в целом, но у него должны сформироваться устойчивые знания и навыки снижения риска заражения. Обучение населения методам снижения риска заражения ВИЧ может осуществляться на трех уровнях:

- массовом, осуществляющем обеспечение общей информацией, не дифференцированной в зависимости от потенциальной аудитории;

- групповом, предоставляющем информацию, направленную на однородную группу населения, которую можно собрать вместе, используя одинаковые подходы к обучению;

- индивидуальном, когда информация предоставляется с учетом особенностей жизни и рискованного поведения отдельного лица». Очень важно то, что «информирование о ВИЧ должно постоянно поддерживать беспокойность населения и достигать максимального его охвата. Население должно получить активно распространяемую информацию в первую очередь о способах предупреждения заражения половым путем, а также предупреждение о риске заражения ВИЧ при использовании наркотиков».

Уже сегодня в России и в Санкт-Петербурге специалисты профилактической работы по ВИЧ/СПИДу добились высоких результатов в сниже-

нии риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Дети, рожденные от ВИЧ+ женщин, под контролем врачей-инфекционистов рождаются здоровыми. Риск вертикального пути заражения ВИЧ от матери ребенка во время беременности, в родах и при грудном вскармливании в настоящее время снизился в России и Санкт-Петербурге с 3% в 2009 г. до 1% в 2016г., что является огромным достижением профилактической медицины. Гемоконтактный и половой пути заражения ВИЧ приостановить пока не удается, причем в Санкт-Петербурге, как и на всей территории России, половой путь заражения ВИЧ растет и становится ведущим. Почему это происходит? Ответ прост: незнание и невежество населения в отношении своего здоровья.

Санкт-Петербургский городской центр медицинской профилактики (ГЦМП) стоит в авангарде профилактической работы по формированию среди населения здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактики заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции (первичная профилактика). Используя популяционные методы обучения на массовом, групповом и индивидуальном уровнях, мы даем эти знания нашим посетителям, в том числе и при посещении ими Музея гигиены.

Наступило время для проявления большей активности медицинских специалистов профилактического уровня работы в продвижении популяционных методов профилактики по ВИЧ/СПИДу в нашем городе. В Санкт-Петербурге по данным информационного бюллетеня у жителей СПб на 01.01.2017г. зарегистрировано 53 888 случаев ВИЧ-инфекции, причем около 80% у лиц репродуктивного возраста. Но проблема состоит в том, что из-за невежества части населения и отсутствия достоверной информации по ВИЧ/СПИДу в г. Санкт-Петербурге на первое место среди впервые выявленных вышел половой путь передачи ВИЧ, который составил 64,8%, причём гемоконтактный путь (преимущественно среди наркопотребителей) составил 33,9%, тогда как в 2009г. он составлял более 80%. Это означает, что смертельный вирус сегодня поражает городское население репродуктивного возраста, не относящееся к группам риска (КСР, МСМ, ПИН). В неблагополучной эпидемиологической обстановке по ВИЧ/СПИДу принято рассматривать подростков и молодежь как группу риска в связи с тем, что при вступлении в самостоятельную жизнь они проходят фазу экспериментов в области сексуального поведения, часто даже с использованием психотропных веществ. Молодые люди подвергаются высокому риску заражения ВИЧ, так как их представления о сексуальном поведении обычно формируются под воздействием случайных влияний и факторов, СМИ и др. При обучении подростков мы используем утверждение принципа воздержания и верности. Риск полового

заражения ВИЧ уменьшают: девственность, позднее начало половой жизни, воздержание от половых контактов до брака.

В ГЦМП внедрены методы профилактики, в числе которых проведение профилактического консультирования по снижению риска заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции.

В Музее гигиены проводится ежедневная образовательно-информационная работа по формированию установки на укрепление здоровья, отказу от вредных привычек (алкоголь, курение). Уделяется внимание основным вопросам профилактики наркозависимости, как одного из ведущих путей заражения и распространения ВИЧ, ведётся разъяснительная работа с молодежью о безопасном сексуальном поведении, о профилактике инфекций передающихся половым путём (ИППП), в том числе ВИЧ/СПИДа. Одним из массовых популяционных методов работы ГЦМП уже в течение нескольких десятилетий является выпуск информационной литературы (плакаты, буклеты, открытки, памятки, информационные листки и др.). ГЦМП ежеквартально для населения выпускает сборник информационно-публицистических материалов профилактического направления в форме газеты «Домашний доктор» с включением актуальных проблем ВИЧ/СПИДа, приуроченных к датам: «День памяти умерших от СПИДа» и «Всемирный день борьбы со СПИДом».

Чем раньше подростки получают знания, тем выше вероятность жизненной мотивации на ЗОЖ, отказ от вредных привычек и зависимости, в т. ч. наркозависимости, беспорядочных, случайных, незащищенных половых контактов.

Групповой метод профилактики ВИЧ-инфекции охватывает посетителей Музея гигиены (первичная профилактика). Врачи музея гигиены во время ежедневных экскурсий, используя постоянно обновляющиеся статистические данные по ВИЧ/СПИДу, размещенные в витринах музея и на стендах в зале социально-значимых заболеваний, информируют и обучают организованные группы подростков, учащихся старших классов, средних специальных учебных заведений (ССУЗы), военных училищ, а также индивидуальных посетителей (индивидуальный уровень).

Проводятся интерактивные занятия сертифицированными по профилактике ВИЧ/СПИДа врачами-специалистами ГЦМП, в т. ч. прошедшими подготовку по профилактике ВИЧ/СПИДа в Международном центре Фогарти с учащимися средних и высших медицинских учебных заведений по проблеме ВИЧ/СПИДа и профилактики ВИЧ-инфекции.

В течение года ежедневно на экскурсионных маршрутах в Музее гигиены для взрослых посетителей и молодежи старше 16 лет включает

ся информация по профилактике ВИЧ/СПИДа с предоставлением новейших данных по актуальной проблеме ВИЧ/СПИДа, в т.ч. изображенные на постерах, в витринах и на графиках, которые регулярно обновляются. Всю полезную и необходимую для посетителей информацию, в том числе по профилактике наркопотребления, путям заражения ВИЧ, средствам индивидуальной защиты и др. можно сфотографировать в зале профилактики социально - значимых заболеваний. Врачи музея отвечают на все волнующие посетителей вопросы по профилактике ВИЧ-инфекции. Во время интерактивных занятий с учащимися ССУЗов работа ведётся по принципу «ответ-вопрос». В зале социально - значимых заболеваний, знакомясь с экспозицией музея, они также имеют возможность изучить строение вируса на макете. Затем в конференц-зале учащимся предоставляется видеопрезентация по профилактике ВИЧ и ее современным аспектам. Полученные знания помогают молодежи избавиться от страхов заражения и в то же время формируют у них установку на здоровый образ жизни и его сохранение. После занятия все учащиеся получают информационный материал (буклеты, открытки и др.) по профилактике ВИЧ-инфекции, изданные ГЦМП. Так в 2016г. проведено 1683 экскурсии, количество посетителей составило 35 202 человека.

Важным в групповой и индивидуальной работе с посетителями Музея гигиены и на занятиях в ГЦМП является, согласно Методическим рекомендациям МР 3.1.0087-14 «Профилактика заражения ВИЧ», утвержденных главным государственным санитарным врачом РФ 18 марта 2014 г., в п. 10 «Борьба с ложной информацией и неверными представлениями о методах профилактики ВИЧ», включение вопросов о ложной информации о ВИЧ (дезинформации)», т.к. она «нередко распространяется, как в Российской Федерации, так и за рубежом, в том числе через средства массовой информации, в особенности через интернет. Основными темами этой информации являются: отрицание существования ВИЧ, отрицание связи между заражением ВИЧ и развитием СПИД, отрицание эффективности АРТ, утверждение о ее «вредности» (СПИД-диссидентство), отрицание эффективности профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции, отрицание развития в Российской Федерации эпидемии ВИЧ. Подобная дезинформация может наносить вред как организации профилактических мероприятий в целом, так и отдельным лицам, которые, поддавшись ложным сообщениям, могут отказаться от лечения».

ГЦМП в своей работе наряду с популяционными методами профилактики (воздействие на факторы жизни, которые увеличивают риск развития заболеваний), используют и стратегию «высокого

риска», направленную на коррекцию риска заболеваний, используя рекомендации по оздоровлению образа жизни у лиц с повышенным профессиональным риском заболеваний медицинских работников, студентов медицинских вузов и колледжей. Популяционные методы профилактики ВИЧ-инфекции включают в себя также информационную работу по отказу от наркопотребления, незащищенных сексуальных контактов, профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Одной из популяционных методов работы в ГЦМП по профилактике ВИЧ/СПИДа является регулярное проведение интерактивных семинаров с презентацией по актуальным аспектам ВИЧ для студентов и аспирантов медицинских вузов, на которых их участники активно обсуждают проблемы ВИЧ/СПИДа, получают ответы на актуальные для них вопросы по снижению риска профессионального заражения. Наряду с этим население и медицинские специалисты имеют возможность изучить материалы новой и архивной медицинской литературы по ВИЧ/СПИДу, журналы по данной тематике, по запросу производится подборка статей по ВИЧ/СПИДу, выдается подшивка российских медицинских газет, в т.ч. «Домашний доктор» в старейшей медицинской библиотеке ГЦМП.

Внедряются интерактивные новые формы работы по профилактике ВИЧ-инфекции такие, как квесты, викторины с подростками 14+, и др. Для учащихся старших классов планируется проведение конкурсов работ (рисунки, эссе, стихи, вышивка и др.) по теме ВИЧ/СПИД с приглашением СМИ с целью расширения информационного поля профилактической работы. Совместно с СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» проводятся круглые столы, акции и др. массовые мероприятия, приуроченные к «Всемирному дню памяти умерших от СПИДа» и «Всемирному дню борьбы со СПИДом». Планируется расширить печатную продукцию по профилактике ВИЧ-инфекции (буклеты, памятки, плакаты), размещать на сайте ГЦМП новейшую информацию по актуальным вопросам ВИЧ/СПИДа.

Только профилактические меры спасут мир от ВИЧ/СПИДа. Слоган «Не умри от невежества» актуален сегодня, как никогда ранее, ведь предупрежден — значит, вооружен и защищен!

Литература.

- «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД» //Национальное руководство//В.В. Покровский//Москва, 2013.-С.421-425
«ВИЧ-инфекция»//В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова, Е.И. Буравцова //Информационный бюллетень № 33// Москва, 2009.,С.24
«Методические рекомендации МР 3.1.0087-14 «Профилактика заражения ВИЧ», утв. главным государственным санитарным врачом РФ 18 марта 2014г.,//п.5.1

« Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» //№323-ФЗ от 21.11.2011г.// Новые законы и нормативные акты. 2011.- №47.- С. 3-81

«Проект. Межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025г.»// Москва.- 2016.-С.9-10,18-20

«Ситуация по ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге на 1 января 2017г.» //Журнал «СПИД СЕКС ЗДОРОВЬЕ» // Санкт-Петербург, 2017.- №1(98) - С. 18

Стратегия UNAIDS на 2016-2021г. //«Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа» (информация интернет-сайта)

«Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний»//С.А. Бойцов// Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины// Москва//С.22(информация интернет-сайта)

ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ашурова В.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

Резюме. Цель. Изучить необходимость комплексной оценки системы гемостаза у ВИЧ-инфицированных беременных с отягощенным анамнезом и эффективность тромбопрофилактики у беременных с ВИЧ-инфекцией для улучшения исходов беременности.

Материал и методы. В исследование включены 65 беременных пациенток с ВИЧ-инфекцией. Пациентки распределены в 3 подгруппы: угроза выкидыша до 12 недель (в анамнезе), поздние выкидыши (до 22 недель в анамнезе), преждевременные роды (начиная с 22 недель в анамнезе). Всем пациенткам проведено исследование: анамнестический риск тромбоосложнений, развернутая коагулограмма, тромбодинамические исследования.

Результаты. При анализе показателей гемостаза в группе с поздними выкидышами в анамнезе выявлены достоверно более высокие показатели Vst в тесте тромбодинамики, наибольший процент спонтанного тромбообразования, что свидетельствует о гиперкоагуляционном состоянии. На момент подведения итогов доносили беременность и родоразрешены 38 ВИЧ-инфицированных пациенток.

Заключение. Решение о назначении препаратов тромбопрофилактики низкомолекулярные гепарины (НМГ) должно решаться индивидуально, с учётом анамнеза, конституции, клинического течения данной беременности, и проводиться под контролем показателей системы гемостаза.

Ключевые слова: беременные с ВИЧ-инфекцией, гиперкоагуляционные состояния, низкомолекулярные гепарины.

Тромбопрофилактика во время беременности, в настоящее время остаётся дискуссионной. Система гемостаза во время беременности подвержена целому ряду изменений связанных с беременностью, также зависящих от сопутствующей беременности заболеваний.

Причиной серьёзных акушерских осложнений часто являются не диагностированные состояния протромботической готовности. У беременных диагностику тромботической готовности и тромбопрофилактику чаще всего проводят по следующим показаниям: ожирение, варикоз, кесарево в анамнезе, отягощенный акушерский анамнез. У ВИЧ-инфицированных беременных женщин необходимость комплексной оценки системы гемостаза не изучена [1-3].

В Республике Узбекистан в специализированной акушерско-гинекологической службе применяется утвержденный министром здравоохранения Стандарт профилактики тромбоэмболических осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде. Данный стандарт посвящен вопросам назначения НМГ, основанный на бальной оценке совокупности факторов риска и не

предусматривают лабораторный контроль назначенной профилактики [4].

Доказано, что развитие беременности протекает с развитием гиперкоагуляции, которая сопровождается увеличением факторов свёртывания, повышением агрегации тромбоцитов и снижением активности системы фибринолиза. Однако, на фоне имеющейся инфекционной (например, ВИЧ-инфекция) или соматической патологии во время развития беременности происходят изменения и в свёртывающей системе крови, которые обуславливают риск или развитие акушерских осложнений. Патологическая гиперкоагуляция развивается во всём организме беременной женщины, но основной мишенью бывает плацента. Также, именно плацента, является фокусной площадкой при риске передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности [5].

В научных публикациях имеются данные о влиянии низкомолекулярных гепаринов (НМГ) и аспирина на снижение риска осложнений тромботического и акушерского характера. В настоящее время в основном, назначения НМГ проводятся согласно бальной оценке и весу беременной жен-

щины, не предусматривая определённый лабораторный контроль назначенной профилактики. Однако, об исследованиях оценки системы гемостаза у ВИЧ-инфицированных беременных с отягощенными анамнезом и эффективности тромбопрофилактики у беременных с ВИЧ-инфекцией для улучшения исходов беременности мы не нашли публикаций в доступной научной литературе. [6].

В литературе имеются сведения о тесте для исследования пространственной динамики роста сгустка — тест тромбодинамики (ТД), он является маркером сугубо патологического хронометрического гиперкоагуляционного состояния. Причём для каждого триместра беременности определены допустимые референтные диапазоны. Мы в своих исследованиях, использовали этот тест. Именно, применяя его, имелась возможность своевременно, дозированного назначения и контроля применения антикоагулянтов и дезагрегантов для улучшения исхода беременности у ВИЧ-инфицированных женщин с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши и преждевременные роды в анамнезе).

Материал и методы исследования.

В исследование включены 65 беременных ВИЧ-инфицированных пациенток (набор исследования продолжается). По возрасту медиана данной выборки составила 30 лет (возраст женщин от 23 до 37 лет). Пациентки распределены в 3 подгруппы: угроза выкидыша до 12 недель беременности (в анамнезе), поздние выкидыши до 22 недель (в анамнезе), преждевременные роды (начиная с 22 недель в анамнезе).

Учитывались: наличие в анамнезе угрозы выкидыша в различных сроках беременности; предыдущие неудачи при вынашивании (поздние выкидыши до 22 недель, преждевременные роды после 22 недель беременности) без применения тромбопрофилактики;

Всем ВИЧ-инфицированным беременным пациенткам проведены исследования: анамнестический риск тромбоосложнений, развёрнутая коагулограмма, тромбодинамические исследования.

Всем ВИЧ-инфицированным беременным пациенткам группы проведены исследования параметров системы гемостаза: анамнез тромбориска в семье, протромбиновое время, МНО, АПТВ, Фибриноген, РФМК (орто-фенантролиновый тест), количество тромбоцитов агрегация тромбоцитов на стекле (гемолизат-агрегационный тест). Плазму крови из образцов анализов, заготавливали стандартным образом с цитратом натрия при соотношении к цитрату 9:1. Кровь центрифугировали 15 минут при 1600 g комнатной температуре, с отбором верхней части полученной плазмы.

Далее, проводился контроль протромботических изменений и назначение или коррекция дозы НМГ проводились в случае патологических отклонений

(структурной гиперкоагуляции увеличение скорости и размера сгустка) и/или выявления спонтанного образования сгустка. В исследовании было использовано оборудование Лабораторно-диагностического отдела РСНПМЦАГ: Коагулометр четырёхканальный СА-50 (Sysmex), Япония, Коагулометр одноканальный Junior Humaclot (Германия).

Анализ показателей системы гемостаза и тромбодинамики (ТД) проводился по отношению референсного диапазона норм для условно здоровых беременных. Параметр ТД имел более высокие значения в группе беременных, которые не получали НМГ до проведения нашего исследования. Отмечено, что при угрозе преждевременных родов (в сроках более 22 недель беременности) выявлены более высокие значения ТД. [7]. Данный показатель свидетельствует о высокой протромботической готовности и предполагает назначение НМГ.

Статистическая обработка полученных данных в связи с ненормативным распределением данных, была проведена с использованием медианы.

Плазму для анализа получали из образцов крови, заготовленных в пробирках с цитратом натрия при соотношении крови к цитрату — 9:1. После центрифугирования по заданным параметрам, для анализа использовали верхнюю часть свободной от тромбоцитов плазмы.

В трёх группах (ранние выкидыши, преждевременные роды) в подавляющем большинстве случаев НМГ были назначены по схемам, в соответствии с индивидуальными особенностями анамнеза.

Результаты исследования.

Проведен анализ изученных протромботических изменений в группах беременных, носительниц ВИЧ. В группе с ранними выкидышами в анамнезе прослеживается увеличение количества протромботических изменений, однако наибольшие изменения в протромботических показателях были отмечены нами в группе с преждевременными родами (с 22 недель беременности). Из ВИЧ-инфицированных беременных женщин с отягощенным анамнезом, только 5 получали НМГ до включения в исследование. Наибольший процент спонтанного тромбообразования регистрировался в группе с поздними выкидышами (до 22 недель беременности). В этой же группе отмечена корреляция гипофибринолиза и формирование сгустка, чем медленнее фибринолиз, тем больше формируется сгусток в пробирке. В группе беременных с преждевременными родами выявлена корреляция между гипофибринолизом и плотность сгустка. Вышеизложенное, свидетельствует о выраженном протромботическом состоянии.

Нами выявлена корреляция между скоростью образования сгустка и размерами сгустка, т.е. при

большей скорости образования сгустка, размер его также будет большим. В группе с преждевременными родами было выявлено, что чем медленнее распадается сгусток, тем больше размер сгустка. Это свидетельствует о необходимости оценки активности фибринолитической системы как важного маркера патологической гиперкоагуляции.

На основании полученных результатов, беременным с угрозой преждевременных родов была назначена НМГ (эноксипарин). Дозировки эноксипарина 0.2 мл 1 раз в сутки. У 76% беременных, к моменту проводимого анализа, роды произошли в сроках от 37 недель беременности и выше. Все новорожденные живы.

Обсуждение.

Таким образом, нами выявлено влияние тромбодинамики на течение и исходы беременности у ВИЧ-инфицированных женщин с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши, преждевременные роды в анамнезе). Тогда как, тромбодинамических нарушений не было зарегистрировано у ВИЧ-инфицированных беременных женщин без акушерских патологий, и тромботических осложнений в анамнезе. В связи с этим, у ВИЧ-инфицированных беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом, необходимо исследование развёрнутой гемостезиограммы, с последующим консультированием гемостезиологом для решения вопроса необходимости назначения НМГ (сроков начала, дозировки, времени лабораторного контроля гемостаза). Исходя из полученных данных, назначение НМГ не должно ограничиваться только весом женщины. Необходим индивидуальный подход, немаловажное значение имеют показатели тромбодинамики (ТД). Предварительные данные, показали положительное влия-

ние НМГ на исходы беременности, при наличии показаний (динамические лабораторные данные).

Таким образом, нами сделаны выводы:

ВИЧ-инфицированные беременные пациентки с отягощенным акушерским анамнезом нуждаются в комплексной оценке системы гемостаза.

Тромбодинамический контроль у ВИЧ-инфицированных беременных женщин полезен для начала НМГ, для мониторинга профилактики тромбоэмболических осложнений, так как может показать скрытую гиперкоагуляцию.

Назначение НМГ у пациенток с ВИЧ и отягощенным акушерским анамнезом. Позволяет улучшить исходы данной беременности.

Литература.

1. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2011. 168-81.
2. Макария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилические состояния в акушерской практике (клинические, молекулярные и генотипические аспекты). М.: Руссо; 2001. 704с.
3. Макария А.Д. Тромбгеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике. Руководство для врачей. М.: МИА; 2011. 1056с.
4. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан. Ташкент. 2015. 137с.
5. Нестерова Э.А. Путилова Н.В. Роль родильско-плодовой тромбофилии в формировании тяжелых форм плацентарной недостаточности. Акушерство и гинекология. 2014; 12: 5-9.
6. Воробьев А.И. ред. Практическая коагулопатия. М.: Практическая медицина; 2012. 192с.
7. Ворошилина Е.С., Овсепян Е.Э., Плотно О.Ю., Герасимова О.Б., Будицина Т.С., Вуймо Т.А. Диапазоны параметров теста тромбодинамики в процессе физиологической беременности. Российский вестник акушера-гинеколога, 2016 16(1); 10-6.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТРУДОВЫЕ МИГРАНТЫ – КАК СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМАЯ ГРУППА ПО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЮ

Петрухин Н.Н.¹, Чистяков Н.Д.², Полозова Е.В.^{1,2}, Логинова Н.Н.², Гребеньков С.В.¹, Бойко И.В.^{1,2}

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

² Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Санкт-Петербург

Резюме. В статье рассмотрены клинко-эпидемиологические аспекты уязвимости мигрантов по ВИЧ-инфекции, находящихся на территории Санкт-Петербурга. Отмечен ежегодный прирост числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных иностранных граждан за последние три года. Показано, что большинство мигрантов не имеют представления о данном заболевании, о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Установлено, что основной миграционный поток мигрантов прибывает в Санкт-Петербург из Узбекистана и Таджикистана. Показана взаимосвязь между миграционными изменениями в Санкт-Петербурге и заболеваемостью ВИЧ-инфекцией. Подчеркнута необходимость проведения тщательного медицинского освидетельствования иностранных граждан на инфекционные заболевания, в частности, на ВИЧ-инфекцию.

Ключевые слова: миграция, трудовые мигранты, заболеваемость, ВИЧ-инфекция, социальная группа.

Цель: определение уязвимости иностранных граждан по ВИЧ-инфицированию в Санкт-Петербурге.

Введение. Проблема увеличения ВИЧ-инфицированных за счет въезжающих граждан из других государств актуальна для всего мира, и Россия, в этом случае, не исключение.

Международные трудовые мигранты являются одной из социальных групп населения, наиболее уязвимых по ВИЧ-инфекции. По состоянию на 1 марта текущего года иностранным гражданам, прибывшим в Санкт-Петербург, «Центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» было выдано 3876 сертификатов об отсутствии ВИЧ-инфекции [7].

ВИЧ-инфекция и миграция представляют собой две критические социальные проблемы, с которыми сталкивается сегодня мир. В конце 2015 года, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, число людей, живущих с ВИЧ составило почти 52 миллиона человек [7]. Более 90% ВИЧ-инфицированных было зарегистрировано в странах, где распространению вируса способствуют: низкий уровень жизни населения, слабые системы здравоохранения и ограниченные трудовые ресурсы [2]. В то же время, по оценкам международных экспертов, 250 миллионов человек живут и работают вне страны своего гражданства [6]. На сегодняшний день в мире насчитывается около 19 миллионов беженцев и еще 9 миллионов человек относятся к группе внутренне перемещенных лиц, которые мигрируют внутри страны в связи с локальными войнами и межэтническими конфликтами [3]. Группам мигрантов грозит повышенный риск ухудшения здоровья в целом и в связи с ВИЧ в частности. Это обусловлено воздействием социально-культурных факторов, типичных для положения мигрантов, на здоровье, их экономической ситуацией, уменьшением доступа к медицинским услугам или их отсутствием, а также сложностями, стоящими перед системой здравоохранения принимающей страны.

По данным Федеральной миграционной службы, в 2015 году иностранная рабочая сила на территорию Российской Федерации привлекалась из 143 государств [8]. Официально зарегистрированная численность иностранной рабочей силы, привлеченной в экономику России, — 2 234 018 человек [8]. За первое полугодие 2015 года УФМС было выдано 3 миллиона разрешений на работу [8]. Половозрастной состав иностранных работников: доля мужчин в 2014–2015 гг. составляла 92%; 84% — люди в возрасте 18–42 лет [8].

Материалы и методы. В статье использованы данные консультативно-поликлинического отделения ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» по обследованию иностранных граждан

на ВИЧ-инфекцию при проведении медицинского освидетельствования. Анализировались сведения документов первичного медицинского учета, данные анкетного опроса и клинико-лабораторные наблюдения иностранных граждан в возрасте от 18 до 50 лет. Был применён метод анкетного опроса для сбора первичных данных. Размер выборки составил 582 респондента. Использовались материалы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и «Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

В соответствии с приказом МЗ РФ от 29 июня 2015 г. N 384н медицинское освидетельствование иностранных граждан включало лабораторное обследование суммарное определение антител классов М и G к ВИЧ и антигена р24.

Обработка результатов исследования проводилась с применением методов описательной статистики и многомерного анализа с использованием прикладных пакетов MS Excel.

Результаты. За период с 2014-2016 гг., в ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» всего было освидетельствовано 12 593 иностранных гражданина. В число лиц, прошедших обследование, вошли граждане Узбекистана - 20,2%, Таджикистана - 18,4%, Киргизии - 16,7%, Туркмении - 10,2%, Армении - 8,8%, Азербайджана - 7,6%, Молдовы - 5,2 %, Казахстана - 4,4 %, Украины - 3,7%, Белоруссии - 3% и Китая - 1,8%. Из них 84,2% мужчины и 15,8% женщины. Согласно анкетированию, состояние своего здоровья как «отличное» оценили 46,4% мигрантов, «хорошее» - 44,7%, «удовлетворительное» - 8,9%.

При исследовании на ВИЧ было получено 34 положительные реакции, что составило 0,27% от общего числа освидетельствованных. Из числа положительных реакций на ВИЧ в иммуоблотинге было подтверждено 20 случаев, что соответствует 0,16%.

Тревожными выглядят результаты опроса мигрантов, касающиеся знаний о ВИЧ: почти каждый третий, заявил, что ничего не знает об этом заболевании.

Мигранты имеют низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции: 54 % респондентов считают, что ВИЧ передается комарами; 36% никогда не использовали презерватив; 28% имели несколько половых контактов за последние 3 месяца.

Наименее осведомленными о ВИЧ-инфекции оказались граждане Узбекистана: 62% ничего не знали о таком заболевании. Граждане Таджикистана, Киргизии и Туркменистана гораздо реже оказывались полностью неосведомленными о болезни: 18, 14 и 12% соответственно. Женщины лучше осведомлены о ВИЧ, чем мужчины: доля мужчин, ничего не знающих о ВИЧ, - 46%, а женщин - 10%. Чем выше уровень образования, тем мень-

ше доля неосведомленных о ВИЧ: среди имеющих среднее и неполное среднее образование — 54% ничего не знали о ВИЧ; среди имеющих среднее специальное образование — 26%; среди имеющих высшее и незаконченное высшее образование — 4%. Как показал опрос, среди тех, кто даже что-то знает о ВИЧ-инфекции, далеко не все оказались реально осведомлены о возможных способах снижения риска инфицирования. Только от 30 до 70% поддержали различные правильные утверждения о том, как снизить риск передачи ВИЧ. Большинство опрошенных не очень обеспокоены опасностью заражения ВИЧ: 70% вообще не задумывались об этом.

Обсуждение. В Санкт-Петербурге, как и в целом по Российской Федерации, сохраняется тенденция, когда иностранцы не привозят в Россию ВИЧ-инфекцию, а вывозят ее отсюда к себе на родину. Это подтверждается как статистическими данными по выявлению ВИЧ-инфекции в посылающих странах, так и сравнительным анализом по выявлению данного заболевания среди граждан России и среди трудовых мигрантов. Общее число ВИЧ-инфицированных в России на 01.01.2017 г. составило 1501574 человек (более 1,5 млн. чел. (~ 1% населения) [7]. Число выявленных ВИЧ-инфицированных за 2016 год, человек в Санкт-Петербург 7 385 [7]. Согласно представленным данным количество впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции (на 100 тыс. обследованных) среди граждан России в 1,8 раза больше, чем среди иностранных граждан [7]. Такая ситуация является одной из причин роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в посылающих странах. Так, в 2015 г. в Узбекистане заболеваемость среди трудовых мигрантов, по официальным данным, составила 210 человек или 14% от общего числа зараженных [4]. Таджикистан не выделяет отдельного числа зараженных по трудовым мигрантам, однако власти признают, что эта категория населения подвержена высокому риску заражения и трудовые мигранты составляют примерно 22% от общего числа ВИЧ-инфицированных в стране [5]. Аналогичная ситуация складывается и в других странах.

Существует ряд факторов, которые влияют на увеличение риска заражения вирусом среди трудовых мигрантов и масштабов распространения ВИЧ-инфекции:

1. Ограничения прав за пределами родной страны и незнания законов новой, мигранты уязвимы перед явлениями дискриминации и эксплуатации;
2. Препятствия для получения мигрантами профилактической информации и медицинской помощи: языковые и культурные различия, административные и законодательные ограничения для «нелегалов» и ВИЧ-позитивных иностранных граждан;

3. Длительное пребывание в другой стране может приводить к изменению поведения иностранных граждан на более рискованное в отношении заражения ВИЧ-инфекцией и заболеваниями, передающимися половым путем. Связано это с расставанием с семьей и постоянным партнером, что нередко ведет к увеличению спроса на платные услуги и росту числа случайных половых контактов [1]. Среди трудовых мигрантов отмечается активизация полового пути передачи вируса иммунодефицита человека. Растущая доля новых случаев заражения ВИЧ, обусловлена незащищенными гетеросексуальными контактами. В структуре инфицирования ВИЧ половой путь передачи возбудителя в 2015 году составил - 29,7%, а в 2016 году — 54,2% [4,5]. Сезонные трудовые мигранты, возвращаясь на родину, будут способствовать развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в этих странах.

Ситуация осложняется еще и тем, что бедность, плохое питание, культурные и языковые барьеры, неудовлетворительные санитарные условия проживания и воздействие вредных факторов рабочей среды, способствуют росту числа заболеваний среди данной категории населения, в том числе и к росту социально опасных заболеваний.

В России продолжает ухудшаться эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции: сохраняется высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, увеличивается общее число ВИЧ-инфицированных и количество их смертей, активизировалось распространение эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. Мигранты больше подвержены рискованному поведению, риск инфицирования половым путем среди мигрантов выше, чем среди стационарного населения. Социальный контроль за поведением мигрантов резко снижается при их выезде из страны. Сезонные трудовые мигранты, возвращаясь на родину, будут способствовать развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в этих странах. Международная миграция вносит существенный вклад в развитие распространения ВИЧ-инфекции как в России в целом, так в Санкт-Петербурге, в частности. Ситуация осложняется еще и тем, что трудовые мигранты из других стран не только приезжают в Россию уже будучи ВИЧ-инфицированными, но и имеют высокий риск заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекцией. Бедность, плохое питание, усугубленные дискриминацией и зачастую эксплуатацией в прямом смысле этого слова, культурные и языковые барьеры — факторы, позволяющие отнести трудовых мигрантов к группе риска по социально опасным заболеваниям.

Выводы. 1. Трудовые мигранты больше подвержены рискованному поведению, риск инфицирования ВИЧ-инфекцией половым путем среди мигрантов выше, чем среди стационарного на-

селения. 2. Международная миграция вносит существенный вклад в развитие распространения ВИЧ-инфекции как в России в целом, так в Санкт-Петербурге, в частности. 3. Всё вышесказанное подчеркивает необходимость проведения тщательного медицинского освидетельствования иностранных граждан на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, в том числе, на ВИЧ-инфекцию. 4. Формирование серьезного отношения мигрантов к своему здоровью должно стать таким же пунктом подготовки к миграции, как и знание миграционных законов принимающей страны. 5. С целью повышения медицинской грамотности имеет смысл размещать специальную медицинскую информацию, в том числе и на сайтах, информирующих мигрантов об условиях работы в принимающих странах и необходимых документах для выезда на работу.

Литература.

1. Дворак С.И., Крыга Л.Н., Виноградова Т.Н., Сафонова П.В., Жолобов В.Е., Плавинский С.А., Рассохин В.В. Медикосоциальные особенности «старения» эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и имму-

носупрессии.— 2013.— Т. 5, № 4.— С. 82—99. 14.

2. Иванова Л.Ю. Трудовые мигранты: инфекционные заболевания, контроль за здоровьем при въезде и медицинская помощь в РФ // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, с международным участием.— 2013.— С. 503—515. 10.

3. Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М., Вафина Г.Г. Здоровье мигрантов как социальная проблема // Казанский медицинский журнал.— 2013.— Т. 94, № 3.— С. 367—372. 9.

4. Ражабов Г.Х., Атабеков Н.С., Маткаримов Б.Д., Махаматов А.А., Умарходжаев Ш.У., Инагамов З.И. Анализ выявляемости ВИЧ-инфекции в Узбекистане. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2016.— Т. 2, № 2.— С. 106—115.

5. Рафиев Х.К., Нуров Р.М., Рахманова А.Г. Гончаров А.Е., Асланов Б.И. Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2016.— Т. 5, № 3.— С. 108—126.

6. Сойфер В., Касумо А. Трудовая миграция в ЕЭП: анализ экономического эффекта и институционально-правовых последствий ратификации соглашений в области трудовой миграции.— СПб., 2012.— С. 9—10. 20.

7. Электронный ресурс «Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» www.hiv-spb.ru. (дата обращения 20.06.2017 г)

8. Электронный ресурс «УФМС РФ» www.ufms-russia.ru. (дата обращения 20.06.2017 г).

МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ С 2012 ПО 2016 ГОДЫ

Гашникова Н.М.¹, Муранкина В.Р.¹, Власов Е.В.¹, Ивлев В.В.¹, Астахова Е.М.¹, Зырянова Д.П.¹, Гашникова М.П.¹, Мирджамалова Ф.О.^{2,1}, Бочаров Е.Ф.¹, Золотарева И.В.², Позднякова Л.А.², Тотменин А.В.¹

¹ Научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор», п. Кольцово, Новосибирская область,

² Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Новосибирск

Резюме. Проведено изучение особенностей развития территориальной эпидемии ВИЧ-инфекции в Новосибирской области (НСО). Выполнен анализ генетического разнообразия и представленности вариантов ВИЧ-1, выделенных от лиц с выявленной в 2012–2016 гг. ВИЧ-инфекцией, доказана определяющая роль в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в НСО недавно возникшего геноварианта циркулирующей рекомбинантной формы CRF63_02A1 ВИЧ-1. Генетический вариант CRF63_02A1 ВИЧ-1 распространяется среди всех групп населения. Для лиц, инфицированных CRF63_02A1 ВИЧ-1, характерна более высокая вирусная нагрузка (более $1,5 \times 10^5$), что может частично объяснять преимущество в распространении CRF63_02A1 ВИЧ-1. Значимость вирусов субтипа А в развитии территориальной эпидемии с каждым годом уменьшается. Выявлена циркуляция ВИЧ-1 субтипа А и URF63/А в группе MSM.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, генетические варианты ВИЧ-1, резистентность ВИЧ, Новосибирская область.

Последние годы Новосибирская область входит в пятерку лидеров общероссийского рейтинга по показателю заболеваемости ВИЧ-инфекцией, относясь к наиболее неблагоприятным регионам по распространению эпидемии. Целью данной работы являлось изучение генетического разно-

образия циркулирующих на территории Новосибирской области в 2012–2016 гг. вариантов ВИЧ-1 и анализ эпидемиологических особенностей их распространения.

Материалы и методы. Привлечено к добровольному участию в исследовании 182 человека с диагнозом ВИЧ-инфекция, являющихся пациен-

тами ГБУЗ Новосибирской области «Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» (п. Кольцово) и ГБУЗ НСО «Городской инфекционной больницы №1» (г. Новосибирск). Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании. Образцы периферической крови ВИЧ-инфицированных лиц были собраны специалистами Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями города Новосибирск и были связаны с демографическими и клиническими данными пациентов посредством анонимных кодированных номеров. Характеристики пациентов-доноров крови включали пол, возраст, путь инфицирования и предполагаемый период заражения, наличие практик рискованного поведения и употребления наркотических препаратов, вирусную нагрузку и количество клеток CD4 на момент постановки диагноза. Для каждого образца с помощью разработанного лабораторного набора праймеров были получены фрагменты гена *pol* ВИЧ-1, кодирующие область протеазы-ревертазы (PR-RT, протяженностью 1400 нт). Определение нуклеотидной последовательности ВИЧ-1 проводили на автоматическом секвенаторе 3130xl (Applied Biosystems, США). Все расшифрованные фрагменты *pol* были собраны с помощью программы Sequencher 4.1 software (Gene Codes Corporation, Ann Arbor, MI, USA). Собранные последовательности фрагментов ВИЧ-1 сравнивались с соответствующими референс-последовательностями различных субтипов и рекомбинантных форм ВИЧ-1 из международной базы данных (Los Alamos HIV-1 database) с применением программ ClustalW Multiple alignment и BioEdit software 7.2.5 [2]. Филогенетический анализ выполняли с помощью MEGA 6.0.6 используя метод объединения ближайших соседей (neighbor-joining method, NJ) с бутстрепом 1,000 повторов на основе двухпараметрической модели Кимуры [3]. Статистическую значимость топологии филогенетического дерева оценивали с помощью анализа бутстрепо. С помощью интернет-ресурса jPHMM (http://jphmm.gobics.de/submission_hiv.html) были исследованы возможные мозаичные последовательности и выявлены уникальные рекомбинантные (URF) вирусы. Анализ наличия мутаций, связанных с лекарственной устойчивостью ВИЧ-1, проводили с помощью специализированного интернет-ресурса (<https://hivdb.stanford.edu>).

Результаты и обсуждение. Образцы крови, полученные от пациентов, были поделены на 2 группы. Первая группа — 69 образцов крови, полученные от пациентов с выявленной ВИЧ-инфекцией в период с 2003 по 2012 год — 37,9% от общего количества включала 47,8% мужчин и 52,2% женщин, средний возраст в данной группе составил 37,1 год; из них 60,9% сообщили об употреблении инъекци-

онных наркотиков (ПИН), 39,1% были заражены в результате гетеросексуальных половых контактов.

Во вторую группу отнесены образцы, полученные от ВИЧ+ пациентов, период выявления ВИЧ для которых приходится на 2012-2016 годы. В эту выборку вошло 113 образцов (62,1%) — 59,3% мужчин и 40,7% женщин. Средний возраст в группе составил 36,2 года; 50,8% человек сообщили об употреблении инъекционных наркотиков (ПИН), 47,5% были инфицированы во время гетеросексуальных контактов и 3 (1,7%) человека относились к группе мужчин, имеющих секс с мужчиной (МСМ).

Анализ клинических данных позволил определить медиану показателей вирусной нагрузки и количества клеток CD4+. Для группы лиц с выявленной до 2012 года ВИЧ-инфекцией, медиана вирусной нагрузки составляла $1,6 \times 10^5$ ($1,7 \times 10^2 - 8,6 \times 10^5$) копий/мл, медиана количества клеток — 113 (75–926) клеток/мкл. Для группы лиц, выявленных после 2012 года, медиана вирусной нагрузки составляла $1,7 \times 10^4$ ($20 - 2,9 \times 10^6$) копий/мл, медиана количества клеток — 202 (15–927) клеток/мкл.

Из плазмы крови была выделена вирусная РНК и для вариантов ВИЧ-1 получены фрагменты, кодирующие протеазу-ревертазу (PR-RT) ВИЧ-1. Секвенирование позволило расшифровать нуклеотидные последовательности для каждой области генома исследованных ВИЧ-1, расшифрованные фрагменты генома были использованы для выполнения филогенетического анализа.

Генотипирование вирусов по области PR-RT показало, что 26% ВИЧ-1, выделенных от лиц из первой группы, относятся к субтипу А и 74% — к CRF63_02A1 [1-2]. Во второй группе было выявлено следующее распределение изученных вариантов ВИЧ: 7,1% субтипа А; 88,5% — CRF63_02A1 и 4,4% образцов вируса являлись уникальными рекомбинантными формами (URF63_A1) ВИЧ-1. Стоит отметить что два из них были получены от пациентов, которые относятся к группе МСМ.

Суммируя результаты генотипирования, можно сделать заключение, что в Новосибирской области по-прежнему доминирующим, определяющим развитие современной эпидемии, остается CRF63_02A1 ВИЧ-1, распространенность которого регистрируется на уровне 88,1. В группе риска МСМ впервые были выявлены уникальные рекомбинантные формы URF63_A1 ВИЧ-1, мозаичный геном которых был частично идентичен субтипу А, частично — CRF63_02A1. Такие URF63_A1 ВИЧ-1, так называемые, вторичные рекомбинантные формы ВИЧ-1, могли возникнуть в организме лиц при повторном заражении разными генетическими вариантами (субтипа А и CRF63_02A1) ВИЧ-1. У мужчин из группы МСМ был также обнаружен

субтип А ВИЧ-1. Данные факты представляются интересными, так как в группе МСМ на территориях РФ до настоящего времени в основном регистрировалась циркуляция субтипа В ВИЧ-1.

Среди ВИЧ+ пациентов, выявленных до 2012 г, инфицированных субтипом А ВИЧ-1, преобладали женщины (66,7%), инфицированные при гетеросексуальных контактах. Заражение CRF63_02A1 ВИЧ-1 в те годы чаще регистрировалось среди ПИН (64,7%).

Среди ВИЧ+ пациентов, выявленных после 2012 г, циркуляция субтипа А ВИЧ-1 наблюдалась на низком уровне среди разных групп лиц, тогда как CRF63_02A1 ВИЧ-1 с большей частотой выявлялась среди лиц, инфицированных половым путем (54,6%). Данный факт указывает на то, что вирус CRF63_02A1 вышел из групп риска и в настоящее время распространяется среди всего населения Новосибирской области.

Выводы.

Выполнение генетического анализа ВИЧ, выделенных из клинических образцов, анализ данных персональных анкет-опросников, собранных результатов клиничко-лабораторных исследований для ВИЧ-инфицированных пациентов позволил осуществить комплексный анализ генетического разнообразия, представленности генетических вариантов ВИЧ-1 и их распространенности в разных группах лиц с учетом гендерных, возрастных и поведенческих особенностей. В результате были получены основные характеристики современного процесса по распространению ВИЧ-инфекции в Новосибирской области. Показано, что в Новосибирской области преобладает генетический ва-

риант CRF63_02A1 ВИЧ-1, который распространяется среди всех групп населения. Вирус субтипа А также встречается среди инфицированных, но его значимость для территориальной эпидемии с каждым годом уменьшается. Выявлена циркуляция не характерных ранее субтипа А и URF63_A в группе МСМ. У лиц, инфицированных CRF63_02A1 ВИЧ-1, регистрируется более высокая концентрация ВИЧ в периферической крови по сравнению с ВИЧ+ пациентами, инфицированными вирусом субтипа А. Высокая концентрация вируса в крови людей способствует распространению ВИЧ-инфекции. Полученные данные могут частично объяснять быстрое распространение CRF63_02A1 ВИЧ-1 на территориях Сибири. В этой связи для успешной реализации программы 90-90-90 в Новосибирской области важным моментом является максимально возможный охват АРВТ вновь выявляемых ВИЧ-инфицированных лиц.

Литература.

1. Baryshev P.B., Bogachev V.V., Gashnikova N.M. HIV-1 genetic diversity in Russia: CRF63_02A1, a new HIV type 1 genetic variant spreading in Siberia. *AIDS Res Human Retrovir* 2014. Vol. 30(6), pp. 592 – 597.
2. Fernandez-Garcia A., Revilla A., Vazquez-de Parga E., Vinogradova A. et.al. The analysis of near full-length genome sequences of HIV type 1 subtype A viruses from Russia supports the monophyly of major intrasubtype clusters. *AIDS Res Human Retrovir*. 2012. Vol. 28(10). pp. 1340 – 1343.
3. Hall T.A. BioEdit: a user-friendly biological sequence alignment editor and analysis program for Windows 95/98/NT. *Nucl. Acids. Symp. Ser.* 1999. Vol. 41. pp. 95-98.
4. Tamura K., Stecher G., Peterson D. et al. MEGA6: Molecular Evolutionary Genetics Analysis version 6.0. *Molecular Biology and Evolution*. 2013. Vol. 30. pp. 2725-2729.

Сравнительная характеристика эпидемиологических и клинических данных пациентов, инфицированных разными генетическими вариантами ВИЧ-1

Пациенты, выявленные до 2012 года					Пациенты, выявленные после 2012 года					
69 (37,9%)				Кол-во (%)	113 (62,1%)					
Субтип А		CRF63_02A1		Вариант ВИЧ-1	Субтип А		CRF63_02A1		URF63_A	
26,1		73,9		%	7,1		88,5		4,4	
41,3		35,6		Средний возраст	38,5		36,3		32	
48000		160000		Медиана ВН (копий РНК/мл)	51500		180000		285000	
157,5		113,0		Медиана CD4+ (кл/мкл)	222,0		274,0		358,5	
Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Пол	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
33,3	66,7	52,9	47,1	%	50	50	51,2	48,8	100	0
ПИН	г/с	ПИН	г/с	Путь инфицир.	ПИН	г/с	ПИН	г/с	ПИН	МСМ
50	50	64,7	35,3	%	50	50	45,4	54,6	60,0	40,0

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ИЗОЛЯТОВ ВИЧ-1, ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КЕМЕРОВСКОЙ, ТОМСКОЙ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТЯХ СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Богачева Н.В.¹, Никитина Н.А.¹, Тотменин А.В.¹, Мирджамалова Ф.О.^{2,1}, Чернов А.С.³, Степанова С.А.³, Исмаилова Т.Н.³, Айкин С.С.⁴, Москалева Н.В.⁴, Булатова Т.Н.⁴, Гашникова Н.М.¹

¹ Научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» п. Кольцово, Новосибирская область,

² Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Новосибирск,

³ Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Томск,

⁴ Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Кемерово

Резюме. Высокая изменчивость и скорость накопления мутаций приводит к образованию видового разнообразия ВИЧ-1. В результате рекомбинации на отдельных территориях появляются вирусы, отличающиеся от родительских форм рядом генетических и биологических свойств, что может приводить к их доминированию и дальнейшему распространению [3-8]. В данной работе была проведена оценка биологической гетерогенности вирусов генетического варианта CRF63_02A1 ВИЧ-1 в зависимости от региона распространения: мы исследовали биологические свойства ВИЧ-1, выделенных от пациентов, проживающих в различных регионах Сибирского Федерального округа.

Ключевые слова: изоляты ВИЧ-1, биологические свойства ВИЧ-1, генетические варианты ВИЧ-1, CRF63_02A1 ВИЧ-1.

Цель: выделение изолятов ВИЧ-1 в различных регионах Сибирского федерального округа (Кемеровской, Томской, Новосибирской областей) и изучение их биологических свойств.

Материалы и методы. Выделение изолятов ВИЧ-1 проводили путем сокультивирования стимулированных моноклеарных клеток периферической крови (МПК) здоровых людей и доноров ВИЧ-1. Для сокультивирования смешивали 4-6х10⁶ МПК пациента с 8-12х10⁶ МПК донора в 10 мл среды RPMI-1640, содержащей 20% КРС, 100 е.а./мл IL-2 (рекомбинантный, человеческий интерлейкин-2 (Sigma, США), 150 мг/мл глутамина, 300 мг/мл линкомицина и 4% гентамицина. На 4, 7, ... и 31 сутки культивирования культуральную жидкость анализировали на содержание вирусного белка p24 и криоконсервировали [9]. Цитопатическое действие вируса (клеточная гибель, дебрис, грануляция цитоплазмы, синцитиеобразование) оценивали визуально, при микроскопировании инфицированной клеточной культуры. Репродукцию вируса определяли по накоплению вирусспецифического белка p24, концентрацию которого выявляли с использованием тест-системы «ВИЧ-1 p24-антиген - ИФА — БЕСТ» (Вектор-БЕСТ, Россия) в соответствии с инструкцией фирмы-производителя. Статистическую обработку данных проводили методом вариационной статистики с помощью программы Microsoft «Excel 7.0».

Результаты и обсуждение. В 2015-2016 годах

для выделения ВИЧ-1 было отобрано 15 образцов крови от ВИЧ-инфицированных пациентов, проживающих в Томской, Кемеровской и Новосибирской областях. Отбор периферической крови проводился медицинскими работниками на базе областных Центров СПИД.

Из Томской области было получено 6 клинических образцов (выделено 6 изолятов), из Кемеровской области - 5 образцов (2 изолята) и 4 образца (3 изолята) от пациентов из Новосибирска. Изучение генетических характеристик выделенных вирусов позволило отнести 13 образцов к генетическому варианту CRF63_02A1 ВИЧ-1, 2 образца из Кемерово (K31, K67) оказались уникальной рекомбинантной формой ВИЧ (URF), частично идентичной CRF63_02A1, частично — субтипу А ВИЧ-1. При генетическом анализе тропности ВИЧ-1 к CD4 рецепторам клеток было выявлено, что 13 образцов обладают тропностью к CCR5 и 2 образца из Кемерово (K41, K48) являются CXCR4-тропными (Таб. 1). Из 15 образцов плазмы крови было успешно выделено, описано и депонировано в коллекции ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора 11 изолятов ВИЧ-1.

Таблица 1

Краткая характеристика образцов крови ВИЧ-инфицированных пациентов

Образец	Регион происхождения	Путь передачи ВИЧ-1	Пол пациента	Генетический вариант ВИЧ-1	Тропность ВИЧ-1
T11	Томск	Половой	ж	CRF63_02A1	CCR5
T15	Томск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
T19	Томск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
T23	Томск	Половой	ж	CRF63_02A1	CCR5
T65	Томск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
T75	Томск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
K31	Кемерово	Половой	ж	URF63_A1	CCR5
K41	Кемерово	Половой	ж	CRF63_02A1	CXCR4
K48	Кемерово	Половой	ж	CRF63_02A1	CXCR4
K52	Кемерово	Половой	ж	CRF63_02A1	CCR5
K67	Кемерово	ПИН	м	URF63_A1	CCR5
PQ7031	Новосибирск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
SQ7033	Новосибирск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
ZQ7040	Новосибирск	ПИН	м	CRF63_02A1	CCR5
AT7041	Новосибирск	Половой	ж	CRF63_02A1	CCR5

Из 6 образцов плазмы крови ВИЧ-инфицированных пациентов из Томска было выделено 6 изолятов ВИЧ-1. Все изоляты являлись CRF63_02A1 с тропностью к CCR5 клеточным рецепторам. Варианты ВИЧ-1 из Томска показали высокие репродуктивные способности, выражающиеся в стабильном и быстром накоплении белка p24. Максимальная концентрация вирусного белка, зафиксированная у трёх изолятов на 14-17 сутки культивирования, превышала 200000 пкг/мл. Даже образцы, которые были условно отнесены к фенотипу slow/low (T15, T19, T75), показали стабильный рост количества белка p24, хоть и не достигший высоких показателей (Рис. 1).

Цитопатическое действие вируса анализировали визуально, при микроскопировании инфицированной культуры лимфоцитов периферической крови. Вирусы, выделенные от пациентов из Томской области, показали умеренное цитопатическое действие (ЦПД) на клетки без активной цитодеструкции и синцитиеобразования (NSI), все 6 изолятов показали NSI фенотип на культуре первичных лимфоцитов.

Из 5 образцов плазмы крови, поступивших на исследование из Кемеровской области, было выделено четыре изолята ВИЧ-1. Два из них (K31, K67) не вошли в коллекцию изолятов ВИЧ-1, так как не накопили необходимого для криоконсервации количества вируса. Один образец (K41) не показал роста белка p24 на культуре первичных лимфоцитов. Генетический анализ ВИЧ-1, выделенных из клинических образцов крови, выявил, что из пяти образцов три относились к генетическому варианту CRF63_02A1, а два (K31, K67) были URF63_A1 ВИЧ-1. Два изолята (K41, K48) обладали тропностью к CXCR4 рецепторам клеток, осталь-

ные три были CCR5-тропными вирусами. Только один образец из Кемерово (K52) показал активный рост, накопление p24 превысило 100000 пкг/мл на 14 сутки (Рис. 2).

Цитопатическое действие ВИЧ-1, выделенных от пациентов из Кемеровской области, можно было отнести к среднему уровню его проявления (пикноз, грануляция цитоплазмы, выпадение клеток из клампов), за исключением образца K41, при культивировании которого цитопатического действия не наблюдалось. При культивировании на первичных лимфоцитах изолята K48 обнаруживались единичные синцитии.

Из 4 образцов крови от ВИЧ-инфицированных пациентов из Новосибирской области было выделено 3 вирусных изолята. Образец SQ7033 не показал увеличения количества p24 на культуре клеток периферической крови. Для исследования были отобраны образцы генетического варианта CRF63_02A1 ВИЧ-1. Все 4 вирусных варианта были CCR5-тропными. Три изолята ВИЧ-1 по-

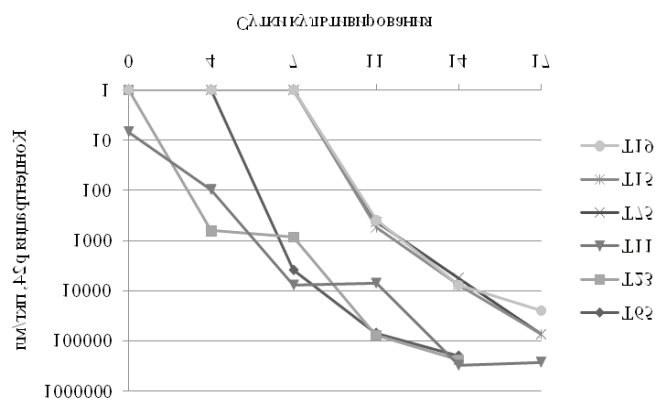


Рис. 1. Динамика накопления белка p24 изолятами CRF63_02A1 ВИЧ-1 из Томской области

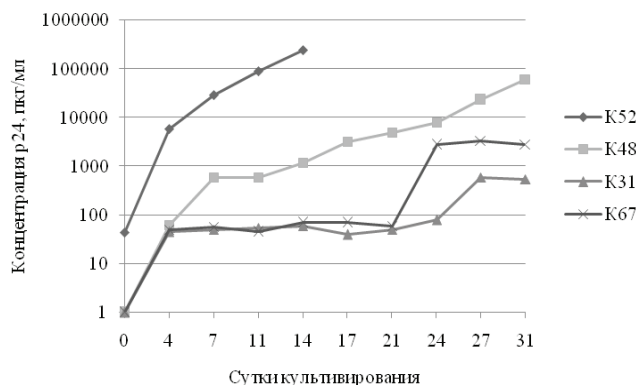


Рис. 2. Динамика накопления белка р24 изолятами CRF63_02A1 и URF63_A1 ВИЧ-1 из Кемеровской области

казали активный рост и накопление белка р24 в высоких концентрациях. Максимальные показатели р24 были зарегистрированы на 14-17 сутки культивирования и составляли для двух изолятов (PQ7031, ZQ7040) более 500000 пкг/мл (Рис.3).

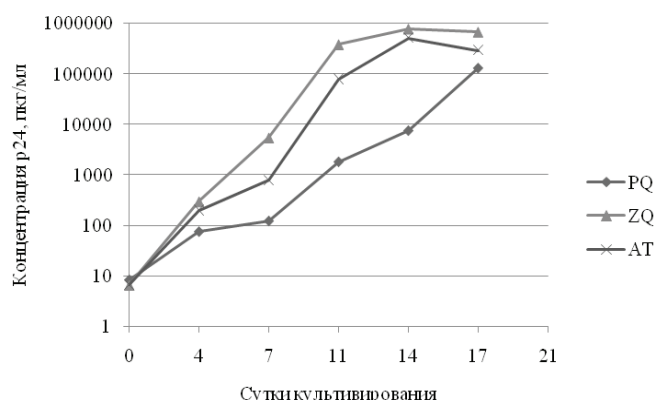


Рис. 3. Динамика накопления белка р24 изолятами CRF63_02A1 ВИЧ-1, выделенными в Новосибирской области

Анализ ЦПД показал наличие дебриса и повреждения клеток среднего уровня, обнаружены единичные синцитии при культивировании изолята ВИЧ-1 ZQ7040.

Выводы. Выделены изоляты ВИЧ-1, циркулирующие на территориях Томской, Кемеровской и Новосибирской областей. В процессе выделения вирусных изолятов нами проводилось исследование биологических свойств ВИЧ-1: репродуктивности (накопление вирусного белка р24 в супернатанте), цитопатического действия вируса на культуру клеток (синцитиеобразование, цитодеструкция). Для вирусов, выделенных из клинических образцов, было проведено генотипирование — определение принадлежности к генетическому варианту и тропность ВИЧ-1 к клеточным корепцепторам. Все исследуемые изоляты относились к CRF63_02A1 ВИЧ-1, два из которых были так называемыми, вторичными рекомбинантами, обра-

зованными в результате рекомбинации вирусов субтипа А и CRF63_02A1. Для вариантов ВИЧ-1 рекомбинантной формы CRF63_02A1 в системе *in vitro* характерны высокие темпы репродукции и значительный уровень накопления белка р24 [1]. В Сибирском регионе генетический вариант CRF63_02A1 ВИЧ-1 получил широкое распространение, значительно вытеснив ранее доминировавший субтип А ВИЧ-1 [2].

В нашем исследовании был проведен анализ биологических свойств изолятов CRF63_02A1 и URF ВИЧ-1, распространённых в отдельных областях Сибирского региона. Изоляты ВИЧ-1, выделенные в Томской и Новосибирской областях, показали схожую картину репродукции и цитопатического действия вируса. Для новосибирских изолятов ВИЧ-1 были характерны более высокие показатели накопления р24, а для Томских - стабильная репродукция ВИЧ-1 для всех выделяемых образцов. Изоляты, выделенные от пациентов из Кемеровской области, показали более низкие репродуктивные свойства. Однако, в Кемеровской области среди образцов ВИЧ-1, относящихся к CRF63_02A1, были выявлены CXCR4-тропные вирусы. Следует отметить, что среди исследованных нами более трехсот вариантов CRF63_02A1 ВИЧ-1, выделенных в регионах Сибири, CRF63_02A1 со сродством к CXCR4 рецепторам были выявлены впервые. Известно, что появление CXCR4-тропных вирусов в организме человека происходит при активизации инфекционного процесса и является неблагоприятным прогностическим признаком течения заболевания. Настоящее исследование показывает необходимость дальнейшего изучения генетически отличающихся вариантов ВИЧ-1 и важность контроля за изменениями биологических свойств популяции ВИЧ, циркулирующих в различных регионах страны.

Литература.

Богачева, Н.В. Создание коллекции современных изолятов ВИЧ-1, включающей основные российские генетические варианты вируса / Н.В. Богачева, Н.А. Бледных, А.В. Тотменин, Ф.О. Мирджамалова, Ю.В. Соколов, Н.М. Гашникова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии – 2017. - №9(1). – С. 65-76.

Гашникова, Н.М. Изучение свойств изолятов CRF02_AG ВИЧ-1, циркулирующих на территории Новосибирской области / Н.М. Гашникова, П.Ф. Сафронов, Ю.В. Никонорова, Н.В. Унагаева, Т.А. Лаптева, В.В. Богачев, П.Б. Барышев, А.В. Тотменин, Е.К. Букин, Е.Ф. Бочаров, Н.Я. Черноусова, Е.А. Ставский // ЖМЭИ - 2011. - № 3. - С. 38–43.

Abecasis A.B., Vandamme A.M., Lemey P. Quantifying differences in the tempo of human immunodeficiency virus type 1 subtype evolution / A.B. Abecasis, A.M. Vandamme, P. Lemey // Journal Virology - 2009. - V. 83. -P. 12917–12924.

Easterbrook P.J., Smith M., Mullen J., O'Shea S., Chrystie I., de Ruiter A., Tatt I.D., Geretti A.M., Zuckerman M. Impact of HIV-1 viral subtype on disease progression and response to antiretroviral therapy / P.J. Easterbrook, M. Smith, J. Mullen, S. O'Shea, I. Chrystie, A. de Ruiter, I.D. Tatt, A.M. Geretti, M. Zuckerman // J. Int. AIDS Soc - 2010. - V. 13. - P. 13-4.

Esbjörnsson J., Månsson F., Martínez-Arias W., Vincic E., Biague A.J., da Silva Z.J., Fenyö E.M., Norrgren H., Medstrand P. Frequent CXCR4 tropism of HIV-1 subtype A and CRF02_AG during late-stage disease—indication of an evolving epidemic in West Africa / J.Esbjörnsson, F.Månsson, W. Martínez-Arias, E. Vincic, A.J. Biague, Z.J. da Silva, E.M. Fenyö, H. Norrgren, P. Medstrand // *Retrovirology* - 2010. - V. - 22. - P. 2.

Fernández-García A., Cuevas M.T., Muñoz-Nieto M., Ocampo A., Pinilla M., García V., Serrano-Bengoechea E., Lezaun M.J., Delgado E. Development of a panel of well-characterized human immunodeficiency virus type 1 isolates from newly diagnosed patients / A.Fernández-García, M.T. Cuevas, M. Muñoz-Nieto, A. Ocampo, M. Pinilla, V. García, E. Serrano-Bengoechea, M.J. Lezaun, E. Delgado // *AIDS Research and Human Retroviruses* - 2009. - V. 25. - P. 93-102.

Kouri V., Khouiri R., Alemán Y., Abrahantes Y., Vercauteren J., Pineda-Peña A.C., Theys K., Megens S., Moutschen M., Pfeifer N.

CRF19_cpx is an Evolutionary fit HIV-1 Variant Strongly Associated With rapid Progression to AIDS in Cuba / V. Kouri, R. Khouiri, Y. Alemán, Y. Abrahantes, J. Vercauteren, A.C. Pineda-Peña, K. Theys, S. Megens, M. Moutschen, N. Pfeifer // *EBioMedicine*-2015. - V. 2. - № 3. - P. 244-254.

Njai H.F., Gali Y., Vanham G., Clybergh C., Jennes W., Vidal N., Butel C., Mpoudi-Ngolle E., Peeters M., Ariën K.K. The predominance of Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) circulating recombinant form 02 (CRF02_AG) in West Central Africa may be related to its replicative fitness / H.F. Njai, Y. Gali, G. Vanham, C. Clybergh, W. Jennes, N. Vidal, C. Butel, E. Mpoudi-Ngolle, M. Peeters, K.K. Ariën // *Retrovirology* - 2006. - V. 3. - P. 3-40.

WHO-UNAIDS Guidelines for Standard HIV Isolation and Characterization Procedures // Second Edition, Produced by WHO-UNAIDS HIV Vaccine Initiative. 2002.

НУЖДАЕМОСТЬ ИНВАЛИДОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ/ТБ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Быхалов Л.С.^{1,2}

¹ Волгоградский государственный медицинский университет,

² Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области, г. Волгоград

Резюме. В работе рассмотрена потребность назначения технических средств реабилитации при разработке индивидуальных программ реабилитации лицам с ограниченными возможностями при сочетанных инфекциях ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Отмечена возрастающая динамика, дана сравнительная характеристика и определена нуждаемость в основных ТСР в ИПР и ИПРА инвалидов по туберкулёзу и при ВИЧ/ТБ ко-инфекции взрослого населения в Волгоградской области в период с 2015 по 2016 гг.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулёз, инвалидность, реабилитация, ИПРА, ТСР.

Цель исследования: проанализировать нуждаемость инвалидов в результате ко-инфекции ВИЧ/ТБ в технических средствах реабилитации в Волгоградской области.

Материалы и методы. По данным медицинской документации за 2015-2016 гг., проанализирована динамика нуждаемости в технических средствах реабилитации инвалидов в результате ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Волгоградской области.

Результаты и обсуждение. Приоритетным направлением социальной политики РФ в т.ч. в Волгоградской области, является создание безбарьерной окружающей среды для лиц с ограниченными возможностями с использованием системы мер, способствующих реабилитации и интеграции инвалидов в общество [5,6]. Одним из механизмов реабилитации является разработка лицам с ограниченными возможностями индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА). Особое место в ИПР и ИПРА занимают технические средства реабилитации (ТСР) [1].

ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулёзом с различной степенью нарушений функций орга-

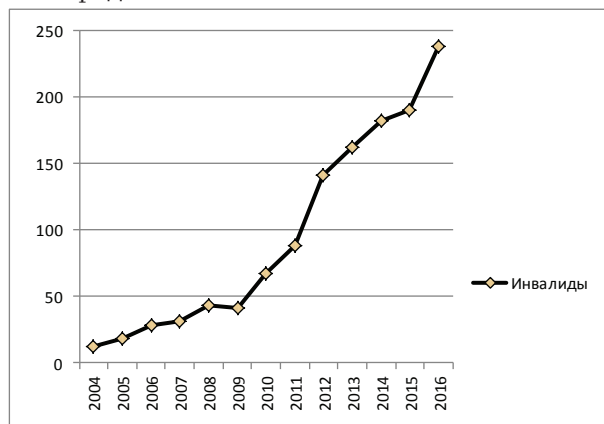
низма приводит к ограничениям категорий жизнедеятельности больных и нередко к инвалидности с социальной недостаточностью. [2]. Кроме того, туберкулёзные клинико-морфологические изменения в различных органах и системах при ВИЧ-инфекции являются главными инвалидизирующими составляющими стойкой утраты трудоспособности [3].

При определении нуждаемости лиц с ограниченными возможностями при ко-инфекции ВИЧ/ТБ типов и видов ТСР входящих как в Федеральный и перечень [6], так и приобретенных за счет средств областного бюджета Волгоградской области [5], осуществляется в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями, а также с учетом стойких нарушений функций и структур организма которые приводят к ограничению основных категорий жизнедеятельности. [4].

Абсолютное количество случаев, признанных инвалидами в результате ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Волгоградской области, продолжает увеличиваться из года в год (диагр. 1). За 2015 год первично признано нетрудоспособными 57 человек, в 2016

— 75 больных ко-инфекцией ВИЧ/ТБ. Повторная инвалидность в абсолютных значениях: в 2015 году признано инвалидами при переосвидетельствовании 133 больных ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, в 2016 — 163 освидетельствованных лица.

Диаграмма 1. Ежегодный прирост случаев общей инвалидности при ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Волгоградской области



При анализе клинических состояний и осложнений при ко-инфекции ВИЧ/ТБ в большинстве случаев ТСР назначалось при туберкулёзном спондилите в 72,4% случаев; при полинейропатиях нижних конечностей с различной степенью вы-

раженности в 17,2% случаев, при нарушении тазовых органов в 10,3% случаев. Туберкулёзный гонит отмечен в 13,8% случаев, туберкулёзный коксит в 3,4% случаев. Менингоэнцефалит в 13,8% случаев, нейросенсорная тугоухость в 13,8%. Генерализованный туберкулёз в 17,2% случаев; полиорганная недостаточность в 3,4% случаев.

Отмечается возрастающая динамика определения нуждаемости в ТСР в ИПР и ИПРА инвалидов по туберкулёзу при ВИЧ/ТБ ко-инфекции взрослого населения в Волгоградской области в период с 2015 по 2016 гг. с 5,8% до 7,6%, что больше по сравнению с нуждаемостью инвалидов с моно-инфекцией туберкулёз (ТБ) на 2% в 2015г. и на 4,3% в 2016г. (табл.1).

Показатель нуждаемости в тростях опорных выше на 10% в 2015г. и на 7,1% в 2016. Отмечается рост нуждаемости в опорах на 4,5% и 5,5%; в ходунках на 5,2%; в креслах-колясках с ручным приводом комнатные на 4,7% и на 3,6%; в корсетах на 33,4% в 2015 и на 7,1% в 2016г.; противопролежневых матрацев на 7,7% и на 5,1%; слуховых аппаратов на 0,2% и 2,1%; специальных средств при нарушении функций выделения на 4,7% и 9,6%; абсорбирующего белья на 4,7% и 9,6%; подгузников на 4,7% в 2015г. и 8,1% в 2016 г.

Таблица 1

Динамика случаев общей инвалидности и доля рекомендованных ТСР в ИПР, ИПРА при моно-инфекции ТБ и ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Волгоградской области за 2015-2016гг.

Наименование показателей	Доля рекомендованных ТСР в ИПР, ИПРА за 2015 г. и 2016 г.			
	2015 г.		2016 г.	
	ТБ	ВИЧ/ТБ	ТБ	ВИЧ/ТБ
Разработано ИПР, ИПРА инвалида	1755	190	1985	238
Выдано ИПР, ИПРА инвалида	100%	100%	100%	100%
В технических средствах реабилитации	3,8%	5,8%	3,3%	7,6%
из них: Трости опорные	53,7%	63,6%	48,4%	55,5%
Костыли	35,8%	36,4%	16,6%	11,1%
Опоры	0	0	4,5%	5,5%
Ходунки	5,9%	0	4,5%	11,1%
Кресла-коляски с ручным приводом комнатные	4,4%	9,1%	7,5%	11,1%
Кресла-коляски с ручным приводом прогулочные	2,9%	0	4,5%	0
Корсеты, головодержатели, реклинаторы, оптураторы	48,4%	81,8%	48,4%	55,5%
Противопролежневые матрацы	1,4%	9,1%	6%	11,1%
Сигнализаторы звука световые и вибрационные	1,4%	0	6%	5,5%
Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления	8,9%	9,1%	9%	11,1%
Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	1,4%	0	6%	5,5%
Телефонные устройства с текстовым выходом	1,4%	0	6%	5,5%
Специальные средства при нарушениях функций выделения	4,4%	9,1%	1,5%	11,1%
Абсорбирующее бельё (пелёнки)	4,4%	9,1%	1,5%	11,1%
Подгузники	4,4%	9,1%	3%	11,1%

Выводы. В Волгоградской области растёт потребность назначения технических средств реабилитации при разработке индивидуальных программ реабилитации лицам с ограниченными возможностями при сочетанных инфекциях ВИЧ-инфекции и туберкулёза. Данный процесс вызван ростом патологии и полиморфизмом клинических состояний и осложнений при ко-инфекции ВИЧ/ТБ, при этом наиболее часто встречающейся клинико-морфологической формой туберкулёза является туберкулёзный спондилит с нарушением категорий жизнедеятельности: передвижения, самообслуживания, что обуславливает рост нуждемости в таких ТСР как корсеты, опоры, трости, кресла коляски, противопролежневых матрацев, при нарушении функций выделения - абсорбирующего белья, подгузников, специальных средств. Генерализованные формы туберкулёза при ВИЧ-инфекции с поражением ЦНС с развитием нейросенсорной тугоухости с нарушением способности к общению, предрасполагают к нуждемости в слуховых аппаратах, сигнализаторах звука световых и вибрационных, телевизоров с телетекстом, телефонных устройства с текстовым выходом.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Администрации Волгоградской области, проект «Прогностическая модель медико-социальной реабилитации больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом (на примере Волгоградской области) № 17-16-34026.

Литература

Андреева О.С., Дымочка М.А. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалидов и методика их рационального подбора. Том первый. Методическое пособие — М.: 2014. — 344 с. с илл.

Быхалов, Л.С., Гичкун Л.П., Деревянченко Л.В., Литвинова М.В., Калуженина Н.И., Коробкин В.В., Простяков В.М., Елисеева О.Г., Тарасова Е.С. Анализ инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции и туберкулёза в Волгоградской области в 2009-2011 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2014. — №2. — С. 23-26.

Быхалов Л.С., Седова Н.Н., Деларю В.В., Богомолова Н.В., Голуб Б.В., Губанова Е.И., Гуров Д.Ю., Даниленко В.И., Замараев В.С., Кашина Н.П., Маланин Д.А., Матвеев О.В., Маслова Е.А., Самусев Р.П., Хлопонин П.А. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2013. — №3. — С. 64-68.

Быхалов, Л.С. Оценка ограничений основных категорий жизнедеятельности инвалидов в результате ко-инфекции ВИЧ/ТБ и их роль в реабилитации // Журнал инфектологии. — 2016. — №4-приложение. — С. 56-57.

Приказ Минтруда России от 09.12.2014 N 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

Постановление Правительства Волгоградской обл. от 12.08.2013 N 389-п «О Порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств областного бюджета».

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ СВЯЗАННЫЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Михайлова Н.Р., Калинина Т.Н., Нуриахметова О.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме. Представлен клинический случай развития диссеминированного туберкулеза легких у больного ВИЧ-инфекцией. Данная патология является актуальной при ВИЧ-инфекции и представляет трудности для верификации диагноза. Клиническая картина туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции часто неспецифична и вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики с другими оппортунистическими инфекциями. Методы лабораторной диагностики туберкулеза на фоне иммуносупрессии часто малоинформативны, что требует применения более современных методик. Антиретровирусная терапия, начатая на фоне нераспознанного туберкулеза, может способствовать развитию воспалительного синдрома восстановления иммунной системы и манифестации туберкулезного процесса.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, иммуносупрессия, диагностика, антиретровирусная терапия, воспалительный синдром восстановления иммунной системы.

В России с каждым годом число больных с ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в стационарном лечении и число летальных исходов, связанных с ВИЧ-инфекцией существенно увеличивается [1]. Одна из основных причин госпитализации и смер-

ти больных с ВИЧ-инфекцией — поражение органов дыхания. Тяжелая легочная патология у больных с ВИЧ-инфекцией может быть обусловлена бактериальной, вирусной, грибковой этиологией, но прежде всего туберкулезом [2]. В Российской

Федерации число больных туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных пациентов неуклонно увеличивается [3], туберкулез легких остается наиболее распространенным СПИД-индикаторным заболеванием. Диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, особенно на стадии выраженной ВИЧ-ассоциированной иммуносупрессии (когда количество CD4+лимфоцитов снижается до уровня менее 200 клеток/мкл) представляет значительную трудность. Это связано с изменением характера и симптомов течения туберкулеза на этой стадии ВИЧ-инфекции: острым началом, быстрым прогрессированием, нетипичными клиническими проявлениями, а также полиорганным характером поражения. На фоне антиретровирусной терапии, туберкулез может быть проявлением воспалительного синдрома восстановления иммунной системы.

Цель: Описать случай туберкулез-ассоциированного воспалительного синдрома восстановления иммунной системы у больного ВИЧ-инфекцией.

Представленный клинический случай, иллюстрирует развитие туберкулеза у ВИЧ-инфицированного мужчины 46 лет. Путь заражения половой, возможный стаж инфицирования, со слов пациента, 7 лет. О своем ВИЧ — статусе больной до госпитализации не знал. Пациент был экстренно доставлен бригадой скорой помощи в Оренбургскую областную клиническую инфекционную больницу с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 40 °С, бессонницу, снижение работоспособности. Больной рассказал, что до поступления в больницу в течение 6 месяцев у него периодически повышалась температура тела до 37,5-38 °С, он потерял в весе 15 кг, но в лечебные учреждения не обращался. Общее состояние на момент поступления в стационар средней степени тяжести. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые) увеличены до 3 см в диаметре, мягкие эластичные, безболезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки гиперемирована. На дужках, мягком небе, языке, слизистой щек белые творожистые налеты. На коже туловища, конечностей, в области крупных складок папулы, бляшки розового цвета с шелушением на поверхности (пациент с 2004 г. страдает вульгарным псориазом; данное обострение — первое с момента начала заболевания, в настоящее время — стадия регресса). При аускультации легких дыхание жесткое, хрипы не выслушивались. Со стороны других органов патологии не выявлено. Учитывая длительную лихорадку, снижение веса более 10% от исходной массы тела, генерализованную лимфаденопатию, кандидоз слизистой оболочки полости рта заподозрена ВИЧ-инфекция, которая затем была под-

тверждена обнаружением антител в крови методами иммуноферментного анализа и иммунного блота. Обследован на РНК ВИЧ — 465 617 копий в 1 мл плазмы, уровень CD4-лимфоцитов — 54 клетки/мкл (2%). В общем анализе крови при неоднократном исследовании отклонений от нормальных показателей не выявлено.

Больному в день поступления в стационар, а затем повторно через 10 дней была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки, на рентгенограмме в легких без видимых очаговых и инфильтративных изменений. На серии томограмм органов средостения на срезах 9, 10, 11, 12 см отмечается умеренное увеличение прикорневых лимфатических узлов. У больного был заподозрен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, но подтвердить диагноз при помощи инструментальных и лабораторных методов на начальном этапе оказалось затруднительным. Проведена туберкулиновая проба (диаскинтест), результат отрицательный. Кашель у больного отсутствовал, мокроту для исследования на кислотоустойчивые бактерии собрать не удалось. Компьютерная томография органов грудной клетки была запланирована, но по техническим причинам не была выполнена. При исследовании мочи и плазмы крови на ДНК микобактерий туберкулеза методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) результат был отрицательный. В мазке из зева выявлены грибы *Candida albicans*.

С момента поступления в больницу ежедневно отмечались подъемы температуры тела до 37,5-38 °С. Дифференциальная диагностика, учитывая сохраняющуюся лихорадку, проводилась с лимфомой, цитомегаловирусной инфекцией, инфекционным эндокардитом, сепсисом, обострением хронического пиелонефрита, на наличие которого больной указывал в анамнезе жизни. При лабораторном исследовании ДНК вируса Эпштейн-Барр, цитомегаловируса в плазме не обнаружены. При повторном пятикратном бактериологическом исследовании крови на стерильность во втором посеве однократно был выявлен *St aureus*, но отсутствие клинических проявлений, в том числе, признаков системной воспалительной реакции и бактериемии по результатам последующих анализов позволило исключить диагноз стафилококкового сепсиса. Ультразвуковое исследование сердца: наличия вегетаций на клапанах при трансторакальном исследовании не выявлено. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены только признаки хронического холецистита и хронического пиелонефрита. Вместе с тем, клинических данных, свидетельствующих об обострении хронического пиелонефрита не обнаружено; общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко были без патологии; уровни креати-

нина и мочевины в биохимическом анализе крови в пределах нормы. При обследовании методом иммуноферментного анализа на маркеры вирусного гепатита С (IgG) и гепатита В (HBsAg) результаты отрицательные. Осмотрен врачом - фтизиатром, заключение: данных за туберкулез легких не выявлено. Назначена антибиотикотерапия ципрофлоксацином, ванкомицином была неэффективной. По поводу кандидоза слизистой оболочки полости рта больной получал флуконазолом с хорошим эффектом. По клиническим, иммунологическим и вирусологическим показаниям назначена антиретровирусная терапия по схеме: зидовудин, ламивудин, ифавиренц, фузеон. Спустя две недели от начала лечения антиретровирусными препаратами состояние больного ухудшилось: лихорадка стала фебрильной, до 39,5°C с потрясающим ознобом, появился кашель с небольшим количеством мокроты; отмечалась отрицательная динамика рентгенологической картины: практически по всем легочным полям — снижение пневматизации, инфильтрация в верхушках слабой интенсивности, местами сливного характера. Корни расширены, неструктурные. Срединная ткань не смещена. Заключение: рентгенологические признаки диссеминированного специфического процесса. В периферической крови выявлен лейкоцитоз ($10,8 \times 10^9/\text{л}$), увеличилась СОЭ до 30 мм/ч.

При повторном исследовании CD4-лимфоцитов через месяц выявлен их существенный прирост до 135 кл/мкл (8%), и в моче при обследовании пациента обнаружена ДНК микобактерий туберкулеза. Повторно осмотрен фтизиатром и переведен в Оренбургский городской противотуберкулезный диспансер с диагнозом: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный лимфогенной диссеминацией. Результат бактериоскопического исследования мокроты на кислотоустойчивые бактерии через 3 месяца от момента обращения - положительный. Назначена противотуберкулезная терапия по схеме: изониазид, рифампицин, офлоксацин, канамицин, пиразинамид, а так же витамины группы В, дезинтоксикационная терапия. Через 2 недели после установления диагноза туберкулеза и начала противотуберкулезной терапии состояние больного улучшилось, температура тела постепенно нормализовалась. Уровень CD4-лимфоцитов через 2 месяца после начала АРВТ - 118 клеток/мкл (4%). При исследовании плазмы методом ПЦР количество РНК ВИЧ было ниже определяемого уровня. Окончательный диагноз: Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации, МБТ +, Ia гр.

Обсуждение и обзор литературы. Таким образом, с учетом имеющийся длительной лихорадки и умеренно увеличенных лимфатических узлов органов средостения, выявленных при томографии,

при отсутствии другой явной органной патологии у ВИЧ — инфицированного больного с выраженным иммунодефицитом клинически был заподозрен туберкулез легких, верификация которого на начальном этапе госпитализации вызвала затруднение. Как известно, туберкулез на поздних стадиях ВИЧ - инфекции у взрослых по мере прогрессирования иммунодефицита, прогредиентно степени угнетения клеточного иммунитета, часто являясь вторичным, приобретает по течению характер первичного со склонностью к поражению лимфоидной ткани, серозных оболочек и лимфогематогенной диссеминации. Особая сложность заключается в трудности своевременной диагностики туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции по ряду причин, заключающихся, с одной стороны, в сходстве клинических симптомов обоих заболеваний, а с другой — в нехарактерной клинической картине туберкулезного процесса на фоне выраженной иммуносупрессии [4]. На стадии выраженного иммунодефицита существенно возрастает частота поражения лимфатических узлов средостения, которое встречается у таких пациентов более, чем в три раза чаще, чем при туберкулезе на ранних стадиях ВИЧ — инфекции. Как правило, эта форма туберкулеза осложняется развитием экссудативного плеврита, перикардита, или лимфогенной диссеминацией в легочную ткань, что было и у нашего пациента [5]. Особенностью клинического течения туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции является выраженный изнуряющий синдром с лихорадочными реакциями до фебрильных значений. [6].

Рентгенологическая картина при туберкулезе легких на фоне иммунодефицита нередко бывает неспецифичной. Изменения на рентгенограммах могут быть очень похожими на другие легочные заболевания, а иногда они вообще не обнаруживаются, [7,8], что существенно затрудняет диагностику. Вместе с тем, типичным рентгенологическим признаком туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ — инфекции, в первую очередь, является внутригрудная аденопатия. По мнению А. М. Пантелеева, верхушки легких реже вовлекаются в воспалительный процесс, с меньшей частотой регистрируются инфильтраты очаговой структуры и очаги бронхогенного обсеменения. Милиарная диссеминация чаще проявляется в виде усиления легочного рисунка. Особенностью инфильтративных изменений в легочной ткани является гомогенный, пневмониеподобный вид затемнений по типу лобита. Очаговый характер инфильтраций не характерен для поздних стадий ВИЧ — инфекции в связи с отсутствием клеточных реакций туберкулезного воспаления. В инфильтрате преобладает экссудативный компонент воспаления, тогда как продуктивный теряет свое значение по мере про-

грессирования иммунодефицита [3]. У нашего пациента на начальной стадии развития микобактериальной инфекции рентгенологическая картина в легких характеризовалась скудной симптоматикой и проявлялась только умеренным увеличением узлов средостения, выявленным при проведении томографии. Лабораторная диагностика туберкулеза у больных с ВИЧ — инфекцией на поздних ее стадиях, при развитии иммуносупрессии также затруднительна. Поскольку туберкулез на поздних стадиях ВИЧ-инфекции среди вторичных заболеваний имеет особое значение [9], то все больные ВИЧ-инфекцией должны исследоваться на туберкулез. Традиционные методы диагностики по мере уменьшения количества CD4+ лимфоцитов в крови больных ВИЧ-инфекцией малоинформативны [10, 11]. Большинство традиционных и наиболее распространенных методов верификации туберкулеза (туберкулинодиагностика, микроскопия и культуральное исследование мокроты) теряют свою чувствительность по мере прогрессирования иммуносупрессии [12]. Более информативным является метод ПЦР для выявления ДНК *M. tuberculosis* в биологических субстратах [13], но в представленном случае при исследовании мочи и плазмы на ранних сроках госпитализации ДНК микобактерий не определялась. В России для диагностики туберкулеза используется диаскинтест, который является альтернативой пробе Манту. Это инновационный внутрикожный диагностический тест, в основе которого лежит — комбинация из двух рекомбинантных белков (ESAT6/CFP10), которые отсутствуют у *M. bovis* BCG и большинства непатогенных микобактерий, за счет чего тест обладает высокой чувствительностью и специфичностью. Техника постановки и учета результатов идентична пробе Манту. Несмотря на высокую чувствительность, при глубокой иммуносупрессии диаскинтест может быть ложноотрицательным. Так, и у нашего больного этот тест, несмотря на наличие активной микобактериальной инфекции, был отрицательным. Возникает необходимость поисков других, более чувствительных и простых в проведении методов раннего выявления туберкулеза, которые могли бы широко применяться среди ВИЧ-инфицированных пациентов.

Основным компонентом лечения больных ВИЧ-инфекцией является антиретровирусная терапия, с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания, т.е. состояния, при котором, несмотря на возможность полного излечения, удастся остановить прогрессирование болезни, добиться регресса вторичных заболеваний и восстановить трудоспособность пациента. В то же время, по данным многих исследований, на фоне начала лечения антиретровирусными препаратами в первые недели или месяцы терапии

может отмечаться парадоксальное ухудшение течения ранее диагностированных инфекций или проявление ранее недиагностированного заболевания — воспалительный синдром восстановления иммунной системы. В основе развития этого синдрома лежит количественное и качественное восстановление патогенспецифического клеточного и гуморального иммунного ответа против различных возбудителей оппортунистических заболеваний, прежде всего, против микобактерий [14, 15, 16]. Частота развития этого синдрома в виде обострения или развития туберкулеза, по данным разных авторов, равна 10 — 23%. А. М. Пантелеев наблюдал синдром восстановления иммунитета у 17% больных с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, начинающих высокоактивную антиретровирусную терапию [17]. У нашего пациента на фоне быстрого прироста CD4-лимфоцитов (с 54 клеток/мкл (2%) до начала терапии — до 135 клеток/мкл (8%) через две недели от начала лечения) отмечалось ухудшение самочувствия в виде нарастания лихорадки, сопровождающейся потрясающим ознобом, появления продуктивного кашля, появилась отрицательная рентгенологическая динамика: при обзорной рентгенографии органов грудной клетки выявлены признаки диссеминированного специфического процесса. В периферической крови появился лейкоцитоз увеличилась скорость оседания эритроцитов до 30 мм/ч. При повторном исследовании мочи методом ПЦР на фоне манифестации микобактериальной инфекции стала обнаруживаться ДНК *M. tuberculosis*, в мокроте при бактериоскопическом исследовании выявлены кислотоустойчивые бактерии. Таким образом, у больного отмечено клиническое ухудшение ранее появившихся симптомов туберкулеза и прогрессирование изменений в легочной ткани по данным рентгенологических исследований на фоне быстрого улучшения показателей иммунного статуса в результате антиретровирусной терапии и быстрого снижения вирусной нагрузки с 465617 копий РНК ВИЧ в 1мл плазмы до неопределяемого уровня уже через 6 недель от начала лечения, что можно расценить как проявление воспалительного синдрома восстановления иммунной системы. В дальнейшем, при подключении противотуберкулезных препаратов самочувствие и состояние пациента значительно улучшилось, температура тела в течение двух недель лечения нормализовалась. В настоящее время больной продолжает получать антиретровирусную и противотуберкулезную терапию. Дальнейший прогноз относительно его здоровья и качества жизни благоприятный.

Заключение. Таким образом, представленный клинический случай является типичным для начального развития диссеминированного туберкулеза легких при выраженном иммунодефиците

на поздней стадии ВИЧ-инфекции. В данном клиническом разборе присутствуют социальные и эпидемиологические факторы риска туберкулеза (длительность жизни с ВИЧ-инфекцией 7 лет, отсутствие медицинского наблюдения в лечебных учреждениях, отсутствие антиретровирусной терапии). Глубокая иммуносупрессия, длительная лихорадка, снижение веса >10% могут рассматриваться как клинические предикторы развития туберкулеза. Начало антиретровирусной терапии на фоне нераспознанного туберкулеза может привести к выраженной активизации микобактериальной инфекции, связанной с развитием воспалительного синдрома восстановления иммунной системы. При наличии своевременной диагностики, проведении противотуберкулезной и антиретровирусной терапии следует ожидать положительные результаты.

Литература.

- Ермак Т.Н., Перегудова А.Б., Груздев Б.М. Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных: Чудес не бывает // Тер.арх. — 2006; (11), С. 80-81.
- Азовцева О.В., Архипов Г.С., Архипова Е.И. и др. Особенности поражения органов дыхания у ВИЧ/СПИД больных на разных стадиях иммуносупрессии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2011; 3 (4), С. 62-66.
- Беляков Н.А, Рахманова А.Г. Вирус иммунодефицита человека — медицина. СПб Балтийский Медицинский Образовательный Центр 2010; 754с.
- Алексеева Л.П. Особенности выявления, клинического течения и лечения больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008; 24с.
- Анализ летальности больных туберкулезом и ВИЧ / А.М. Пантелеев, А.К. Иванов, Е.Н. Виноградова, Н.В. Фоменкова, Т.Ю. Супрун // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. - №10 — С. 46-49.
- Эйсмонт Н.В. Смертность больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ- инфекцией от различных, кроме туберкулеза причин. Probl. Туберкулеза. — 2009; (14): С. 54-59.
- Зими́на В.Н., Кошечкин В.А., Кравченко А.В. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2014; 222с.
- К. Хоффман, Ю. К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции 2009. — М.:Р. Валент, 2010. — 648 с.
- Ерохин В.В., Корнилова З.Х., Алексеева Л.П. Милиарный туберкулез у ВИЧ-инфицированных. Материалы VIII Российского съезда фтизиатров «Туберкулез в России год 2007». М., 2007; С.363.
- Burman W.J., Jones, B.E. Clinical and radiographic features of HIV-related tuberculosis. Semin Respir Infect 2003; 18: 263-71.
- Tessema T.A., Bjune G., Assefa G. et al. Clinical and radiological features in relation to urinary excretion of lipoarabinomannan in Ethiopian tuberculosis patients. Scand J Infect Dis 2002; 34: 167-71. Burman W.J., Jones, B.E. Clinical and radiographic features of HIV-related tuberculosis. Semin Respir Infect 2003; 18: 263-71.
- Ong A., Creasman J., Hopewell P.C. et al. A molecular epidemiological assessment of extrapulmonary tuberculosis in San Francisco. Clin Infect Dis 2004; 38: 25—31
- Долгова Е. А., Альварес Фигероа М. В., Шипулин Г. А., Шахгильдян В. И., Юдицкий М. В., Волковинская Л. С. Информативная ценность метода ПЦР при дифференциальной диагностике туберкулеза у больных ВИЧ — инфекцией на этапе инфекционного стационара общего профиля. Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ — инфекцией/Под общей редакцией О. П. Фроловой. — Бюллетень №12. — М.: Тверь: ООО Издательство «Триада», 2013. — 60 с.
- Дж. Бартлет, Дж. Галлант, П. Фам. Клинические аспекты ВИЧ — инфекции. 2012. — М.: Р. Валент, 2012. — 528с.
- Зими́на В.Н., Кравченко А.В., Батыров Ф.А., Рыманова И.В., Семенцова И.Г., Васильева И.А. Воспалительный синдром восстановления иммунной системы, проявившийся туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией// Инфекционные болезни.- 2010.- том 9. -№ 2.-С.18-22.
- 16.Кравченко А.В., Зими́на В.Н., Викторова И.Б., Ситдыкова Ю.Р. Проявление воспалительного синдрома восстановления иммунной системы на фоне антиретровирусной терапии у больных ВИЧ- инфекцией//Эпидемиология и инфекционные болезни актуальные вопросы.- 2011.-№1.- С.58-64
17. Пантелеев А.М. Синдром иммунной реактивации у больных ВИЧ- инфекцией и туберкулезом / А.М. Пантелеев // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 2007. — С. 68 - 69

КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Фомина М.Ю.

Республиканская клиническая инфекционная больница, Санкт-Петербург

Резюме. Вторичные по отношению к ВИЧ-инфекции нарушения функции нервной системы представлены оппортунистическими инфекциями ЦНС, цереброваскулярными нарушениями и неопластическими процессами.

Ключевые слова: перинатальная ВИЧ-инфекция у детей, криптококковый менингоэнцефалит.

Материалы и методы: в Республиканской клинической инфекционной больнице нами обследованы пациенты в возрасте от 1 года до 18 лет с перинатальной ВИЧ-инфекцией, про-

ведено клиническое, лабораторное (включая, люмбальную пункцию), нейрофизиологическое и нейровизуализационное обследование в динамике.

У детей раннего возраста оппортунистические инфекции ЦНС встречаются реже, чем у взрослых пациентов [5]. Данное обстоятельство объясняется реактивацией возбудителей латентных инфекций, присутствующих в организме взрослого ВИЧ-инфицированного человека при прогрессировании иммунодефицитного состояния. У ребенка, инфицированного перинатально, оппортунистические инфекции чаще вызывают возбудители, заражение которыми тоже произошло внутриутробно (антенатально и интранатально). Следует отметить, что в раннем детском возрасте оппортунистические инфекции ЦНС характеризуются крайне тяжелым течением и неблагоприятным исходом [1,8].

Криптококковый менингоэнцефалит наиболее распространенная оппортунистическая нейроинфекция и причина смерти больных со СПИДом. Известно, что криптококкоз протекает чаще как подострая или хроническая инфекция, острое течение наблюдается у 30% больных ВИЧ-инфекцией, характеризуется неблагоприятным исходом. Криптококковая инфекция у детей, как правило, представлена молниеносной фунгией или диссеминированным криптококкозом [3,4]. Если у взрослых пациентов наиболее часто поражаются органы дыхания, то у детей - мозговые оболочки [5]. Криптококковый менингоэнцефалит характеризуется подострым течением. На фоне общеинфекционных симптомов (гипертермия, интоксикация) развиваются гипертензионные проявления (цефалгия, рвота, гиперестезия кожи). Менингеальные знаки не выражены в начале заболевания. Симптомы развиваются в течение нескольких недель. Ребенок утрачивает аппетит, теряет вес, постепенно меняется поведение. Типична гипертермия, нарастают нарушения зрения, эпилептические генерализованные приступы (10%). Медленно нарастают расстройства сознания. У детей раннего возраста менингеальные симптомы не выявляются, может наблюдаться поражение кожи с образованием везикул, напоминающих контагиозный моллюск. При отсутствии лечения летальность составляет 100%. Учитывая клинические особенности криптококкоза у детей, необходима люмбальная пункция с последующей микроскопией и посевом спинномозговой жидкости, а так же определение титра антигена *Cryptococcus neoformans* в спинномозговой жидкости и плазме (чувствительность и специфичность метода более 95%). В ликворе наблюдается гиперпротеинорахея, моноцитоз. У некоторых пациентов давление спинномозговой жидкости может быть значительно повышено, что требует люмбального дренажа или вентрикуло-перитонеального шунтирования [11]. Данные МРТ как правило в норме, однако можно выявить контрастирование мозго-

вых оболочек, признаки увеличения объема желудочков мозга и окклюзионную гидроцефалию [6, 9, 10]. Препаратами выбора для лечения является амфотерцин В и флюконазол. Как при лечении любой оппортунистической инфекции перед лечением врачом встает вопрос о том, возможно ли и необходимо ли назначение антиретровирусной терапии после постановки диагноза криптококковой инфекции. Основным опасением является возможность развития синдрома иммунной реконституции [2]. Принятый в развитых странах стандарт комбинации деоксихолата амфотерицина В и флюцитозина не приемлем в более бедных регионах из-за дороговизны флюцитозина. По этой причине представляет интерес комбинация амфотерцина В и флюконазола. Однако теоретически и в экспериментах *in vitro* между этими противогрибковыми препаратами возможен антагонизм. Исследователи показали, что раннее комбинированное лечение криптококкового менингита амфотерицином В и флюконазолом хорошо переносится, а при применении высокодозового флюконазола ещё и улучшает результаты [7].

У пациентов с перинатальной инфекцией зарегистрированы восемь случаев криптококкового менингоэнцефалита. У всех больных возбудителем являлся *Cryptococcus neoformans*. У четырех детей заболевание развилось на первом году жизни, у двух - в возрасте 1 года 6 месяцев на фоне тяжелого иммунодефицитного состояния (уровень CD4 колебался от 13 до 18%, вирусная нагрузка — более 750000 копий РНК ВИЧ в мл плазмы). Не получали антиретровирусных препаратов 4 детей, два ребенка — неадекватную терапию. Криптококковая инфекция у детей сопровождалась фунгией, диссеминированным криптококкозом с поражением мозговых оболочек. Криптококковый менингит характеризовался подострым течением. На фоне общеинфекционных симптомов (гипертермия, интоксикация) развивались гипертензионные проявления (цефалгия, рвота, гиперестезия кожи). Менингеальные знаки не были выражены. Симптомы развивались в течение нескольких недель. Основные жалобы, предъявляемые родителями и персоналом - утрата аппетита, снижение массы тела, изменение поведения (признаки угнетения деятельности ЦНС). На фоне субфебрильной температуры нарастали расстройства сознания. У одной пациентки в неврологическом статусе доминировали бульбарные расстройства (дисфагия). Диагноз подтвержден исследованием спинномозговой жидкости (микроскопическим и ПЦР-диагностикой). Всем детям назначалась адекватная терапия, сочетавшая антиретровирусные препараты и флюконазол внутривенно, а затем перорально. На фоне лечения у 5 пациентов удалось добиться санации ликвора. Профилактическая

терапия флюконазолом продолжалась до нормализации показателей иммунного статуса. Исходом заболевания у 3 из них явилось выздоровление, у 3 - формирование заместительной гидроцефалии, кистозные изменения ЦНС. 2 пациента погибли. Приводим клинические наблюдения.

Пациентка Е.К., 1998 года рождения. Ребенок от первой беременности наркозависимой женщины, которая не знала о своем положительном ВИЧ-статусе. Химиопрофилактика не проводилась. Роды первые, преждевременные на 28 неделе, вне лечебного учреждения. Масса при рождении 1700 г, длина 38 см, оценка по шкале Апгар 6 баллов. В первые сутки жизни госпитализирована в отделение патологии новорожденных, где при обследовании выявлены антитела к ВИЧ. В 7 месяцев переведена в РКИБ, где на основании клинико-лабораторных данных установлен диагноз: «ВИЧ-инфекция, Н». Уровень CD4 лимфоцитов при постановке диагноза 39%-2142 клетки, вирусная нагрузка не определялась. Девочка отставала в психомоторном и речевом развитии, имелись проявления пирамидной недостаточности, но прогрессирования неврологических нарушений не было. В возрасте 8 месяцев впервые госпитализирована в реанимационное отделение в связи с нарастанием гипертензионного синдрома, нарушением сознания вплоть до комы II, симптомами отека-набухания головного мозга, парезом кишечника, очаговой пневмонией. В тяжелом состоянии находилась в течение 10 дней. Получала внутривенно антиретровирусную терапию (ретровир). В 11 месяцев начата комбинированная пероральная антиретровирусная терапия (ретровир и эпивир). В возрасте 1 год 1 месяц на фоне ОРВИ вновь возникли признаки внутричерепной гипертензии (монотонный крик, выбухание большого родничка, рвота), переведена в отделение интенсивной терапии, у ребенка диагностирована пневмония. В 3 года отметили прогрессирующее ухудшение состояния ребенка, отказ от еды, рвоту, снижение массы тела, субфебрилитет, нарушения глотания. Девочка утратила имевшиеся навыки. В неврологическом статусе отмечались общемозговые симптомы, признаки гипертензионного синдрома, псевдобульбарный синдром, гиперрефлексия, патологические рефлексы. Через 7 дней появились менингеальные симптомы. Лабораторные показатели выявили выраженную анемию, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При офтальмоскопии обнаружены застойные диски зрительных нервов. В спинномозговой жидкости повышено содержание белка 1 г/л, незначительный лимфоцитарный плеоцитоз, снижен уровень глюкозы. В ликворе и плазме обнаружен криптококковый антиген, при посеве на криптококковую культуру получен положительный результат. Состояние ребенка оставалось крайне

тяжелым около 2-х месяцев. Сознание нарушено, на осмотр реакции не было, отсутствовало глотание. На фоне диффузной мышечной гипотонии и атрофии мышц наблюдалась гиперрефлексия, патологические сгибательные и разгибательные рефлексы. МРТ головного мозга, проводимое в динамике выявило сочетание резидуально-органических изменений вещества головного мозга и признаков подострого ВИЧ-энцефалита. Проводилась интенсивная терапия дифлюканом и комбинированная антиретровирусная терапия двумя нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы и ингибитором протеаз. Состояние ребенка удалось стабилизировать, однако исходом перенесенного менингоэнцефалита у девочки являются выраженные моторные и когнитивные нарушения. Глотание восстановилось через 6 месяцев после санации ликвора (ребенок находился на зондовом питании). Самостоятельно ходить пациентка начала в возрасте 6 лет, в результате ортопедической коррекции (тендотомия). В настоящее время у ребенка имеется отставание в психическом развитии, псевдобульбарный синдром (дизартия, дисфония), спастическая диплегия. Сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов. Постоянная работа логопеда, дефектолога и детского психолога позволила добиться адаптации девочки в коллективе, организовать обучение в коррекционной школе. Показатели иммунитета стабильны. МРТ головного мозга, проведенная в 2008 году отрицательной динамики не выявила. В марте 2016 года уровень CD4-лимфоцитов составил 33%-1304 клеток, вирусная нагрузка плазмы не определяется (менее 150 копий). Получает АРВТ. Диагноз: ВИЧ-инфекция С3, стадия ремиссии на фоне АРВТ (4В). Органическое поражение ЦНС. Подострый ВИЧ-энцефалит, стабильное состояние. Спастическая диплегия. На рисунке 1 МРТ головного мозга пациентки К.

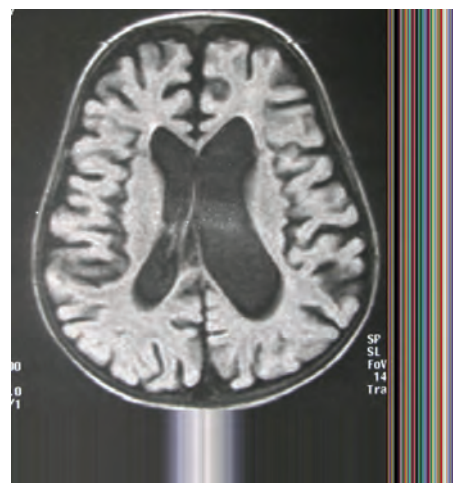


Рис. 1. МРТ пациентки К, проведенная в возрасте 2-х лет

Ребенок И.С., 2003 года рождения. Родился от третьей беременности, вторых родов на 41 неделе. Мать наблюдалась нерегулярно, химиопрофилактику не получала. Состояние при рождении оценено как удовлетворительное. Масса 3900, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. От ребенка отказались в роддоме. Находился в инфекционной клинике, а затем с 8 месяцев — в доме ребенка. За время наблюдения дважды перенес правостороннюю бронхопневмонию (пневмоцистную?), токсический гепатит. В 11 месяцев установлен диагноз: «ВИЧ-инфекция». Неврологом наблюдался с диагнозом: перинатальное поражение ЦНС сочетанного генеза, задержка психомоторного развития. По данным нейросонографии выявлялись постгипоксические изменения вещества головного мозга. Поступил в РКИБ в возрасте 1 год 4 месяца. При поступлении выявлена гипохромная анемия (гемоглобин 98), дефицит массы тела более 10%, отставание в психомоторном и речевом развитии (самостоятельной речевой продукции нет), признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома. Количество CD-лимфоцитов составило 15%-1598 (при лейкоцитозе 22,2, СОЭ-70 мм). Вирусная нагрузка плазмы 1450000 копий РНК ВИЧ. На вторые сутки после госпитализации пациент переведен в реанимационное отделение, так как нарастала неврологическая симптоматика: нарушение сознания, менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц). При исследовании спинномозговой жидкости получены следующие данные: цитоз 113×10^6 /л, белок 660 мг/л, реакция Панди и Нонне-Апфельта — положительные, глюкоза 1,8 ммоль/л (при уровне глюкозы в плазме 4,8 ммоль/л). Вирусная нагрузка ликвора составила 350 000 РНК ВИЧ в мл. Обнаружены криптококковые антигены в ликворе. Диагноз: ВИЧ-энцефалит, криптококковый менингоэнцефалит.

Проведена МРТ головного мозга и МР-ангиография. Выявлено расширение субарахноидального пространства конвексимальной поверхности мозга в лобных долях, что расценено как косвенные признаки ВИЧ-энцефалита. МР-ангиография выявила извитость обеих внутренних сонных артерий, отсутствие изображения МРС от кровотока в передней и задней соединительной артерии, то есть признаки разомкнутого Виллизиева круга. Назначена антиретровирусная терапия (видекс, зерит, вирасепт) в сочетании с антимикотической (дифлюкан). Нормализация показателей и санация спинномозговой жидкости отмечена через 3 месяца. Ребенок самостоятельно ходит с 2 лет, имеется отставание в речевом развитии. В течение года сохранялась выраженная гипохромная анемия, развился токсический гепатит, в связи с чем проведена коррекция антиретровирусной терапии. В настоящее время показате-

тели иммунного статуса — CD4-29%-1792 клетки, вирусная нагрузка плазмы не определяются (менее 400 копий вирусной РНК). Получает АРВТ в возрастных дозах. Проводится МРТ головного мозга в динамике. Данных за объемное и очаговое поражение головного мозга не получено. Диагноз: «ВИЧ-инфекция С2, подострый ВИЧ-энцефалит, задержка психоречевого развития, неврозоподобное состояние.

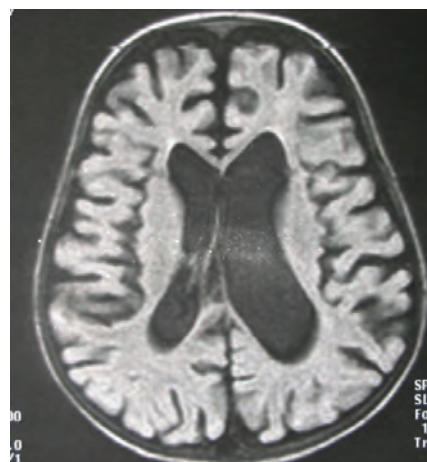


Рис. 2. МРТ пациента С., перенесшего криптококковый менингоэнцефалит

Криптококковый менингоэнцефалит, вызванный *Cryptococcus Neoformans* диагностирован у одного пациента 15 лет, на стадии 4 В (С3). Заболевание в данном случае развилось на фоне генерализованного криптококкоза с поражением легких, печени, селезенки. Симптомы поражения нервной системы возникли остро, отмечалась интенсивная головная боль, нарушения зрения. Из менингеальных симптомов присутствовала ригидность затылочных мышц. На вторые сутки возникли нарушения сознания. Иммунологическое исследование свидетельствовало о выраженной иммуносупрессии (CD4-5%-144 клетки). В ликворе выявлен лимфоцитарный плеоцитоз с незначительным повышением белка, повышенное давление. При прямой микроскопии мазка ликвора обнаружены криптококки в большом количестве, затем выявлен криптококковый антиген. Гибель пациента наступила на третьи сутки от начала развития неврологических клинических проявлений, несмотря на проводимую интенсивную терапию (флюканозол в сочетании с высокоактивной антиретровирусной терапией). У пациента 16 лет, обратившегося за медицинской помощью в связи с нарушением функции респираторного тракта, установлен диагноз ВИЧ-инфекции 4В (С3), фаза прогрессирования, криптококковый менингоэнцефалит, окклюзионная гидроцефалия (проведена установка резервуара Омайя), дефицит массы тела. Содержание белка в спинномозговой жидкости достигало

МУЛЬТИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМАНДА КАК ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СНИЖЕНИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ ВЛИЯНИЯ НА ПЕРЕДАЧУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Дегтярева Л.Ю., Дегтярев А.А.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями городской больницы № 1 имени Г.И. Дробышева, г. Магнитогорск

Резюме. Проведена оценка роли мультипрофессиональной команды в системе мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку в присутствии медико-биологических рисков нарушения приверженности диспансерному наблюдению и химиопрофилактики у женщин. При реализации МПК пациент-центрированного подхода отмечается улучшение показателей приверженности диспансерному наблюдению и АРТ профилактики женщин в период беременности и после родов, в итоге снижается коэффициент передачи ВИЧ от матери ребенку.

Ключевые слова: ВИЧ, перинатальный контакт, профилактика, мультипрофессиональная команда.

На начало 2017 года общее число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан России достигло 1 114 815 человек, из них умерло по разным причинам 243 863 ВИЧ-инфицированных. С 2005 по 2015 год регистрировался ежегодный рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в среднем на 10% в год [6]. Сохранение данных темпов распространения ВИЧ-инфекции актуализирует проблему выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию половым путем, в первую очередь женскую. Женщины инфицируются ВИЧ в более молодом возрасте, уже в возрастной группе 25-29 лет около 1% были заражены ВИЧ, еще выше доля инфицированных женщин в возрастной группе 30-34 года 1,6%. Соответственно сохраняется прирост числа детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, несмотря на успехи в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Дети, инфицированные от матерей во время беременности, родов и при грудном вскармливании в 2016 году составили 0,8%. Растет количество детей, зараженных при грудном вскармливании: в 2016 г. было зарегистрировано 59 таких детей, 2015г. — 47, 2014 г. — 41 ребенок [5].

В системе организации помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку наибольшую значимость приобретает комплексный подход [7]. В условиях увеличения женской диспансерной группы в Центрах СПИД выполнение задачи удержания под наблюдением женщин, в период беременности и после родов, требует постоянного совершенствования существующих подходов и технологий формирования приверженности системе медицинской помощи пациентов [1,2]. Сопровождение пациентов мультипрофессиональной командой, основанное на пациент-центрированном подходе в Магнитогорском

Центре СПИД, способствует улучшению приверженности диспансерному наблюдению и результативности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов [3].

Актуальность проводимого исследования в Магнитогорске обусловлена ростом числа детей с реализованным риском заражения ВИЧ-инфекции, в результате перинатального контакта: 2014г. 12 случаев; 2015г. 9 случаев, 2016г. 10 случаев и высоким коэффициентом передачи ВИЧ от матери ребенку (2014г. 5,5%; 2015г. 2,2%; 2016г. 3,0%). Сложным в управлении риском нарушения приверженности наблюдению и химиопрофилактики беременных женщин, является злоупотребление психоактивными веществами [4].

Представленные данные позволяют подтвердить эффективность работы мультипрофессиональной команды в системе профилактики заболеваемости ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих зависимость от психоактивных веществ.

Цель: на основе анализа случаев ведения ВИЧ-инфицированных женщин во время беременности и после родов показать роль мультипрофессиональной команды Центра профилактики и борьбы со СПИД (далее МПК) в снижении рисков передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских (ф25/у-04) и социальных карт ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности, завершившейся родами в 2014-2016гг., находящихся под диспансерным наблюдением в Центре профилактики и борьбы со СПИД г. Магнитогорска (далее Центр СПИД). Число исследованных случаев ведения ВИЧ-инфицированных женщин, составило N 201, в том числе 162 из них (80,6%) находились на сопровождении мультипрофессиональной команды, реализующей пациент-

центрированный подход. Социально-эпидемиологические характеристики исследуемой группы: средний возраст на период беременности 30,4 года; среднее общее образование 88%; среднее профессиональное образование 11%; высшее образование 1%; в зарегистрированном браке 34,8%; в гражданском браке 51,3%; не замужем 13,9%; имеют дети 69,2%; путь заражения ВИЧ инъекционный 29,8%, половой 70,2%; установлена зависимость от психоактивных веществ (далее ПАВ) в период наблюдения 30,8%. На период беременности установлена стадия заболевания: 2 - 2,5%; 3 - 56,2%, 4 - 41,3%. Изучены риски влияния на передачу ВИЧ-инфекции от матери ребенку, связанные с зависимостью от психоактивных веществ (медико-биологические риски). Приверженность пациенток АРВ профилактике оценивалась по записям в амбулаторных и социальных картах лечащих врачей и специалистов по социальной работе, медицинских психологов, а также по неопределяемому уровню вирусной нагрузки. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 8 (StatSoft Inc.) Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы об отсутствии значимых различий принят равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Исследуемая когорта женщин в зависимости от употребления ПАВ поделена на три групп: зависимость от ПАВ не установлена (69,2%); употребление ПАВ ремиссия (13,4%); злоупотребление ПАВ (17,4%). Число женщин получивших АРТ профилактику на сроке беременности 12-34 недели соответственно составило: 57,5%; 48,2% и 48,6%, на сроке беременности 35 и более недель: 5%; 3,7% и 8,6% и не имело статистически достоверных отличий в группах сравнения. В группе злоупотребляющих ПАВ доля женщин без АРТ профилактики в период беременности была достоверно выше (20%) в сравнении с женщинами, у которых зависимость от ПАВ не была установлена (7,9%) ($p < 0,039$). Пропуски приема препаратов были также более характерны для женщин, злоупотребляющих ПАВ 51,4% против женщин без зависимости от ПАВ 29,5% и женщин с зависимостью в ремиссии 25,9% ($p < 0,015$; $p < 0,05$). При сопровождении МПК доля приверженных АРВТ женщин в период беременности имела статистически значимые отличия в группах сравнения: без зависимости от ПАВ (66,9%), злоупотребление ПАВ (42,9%) ($p < 0,01$); с зависимостью от ПАВ в ремиссии (70,4%) ($p < 0,03$).

Охват трех-этапной профилактикой не имел достоверных отличий в группах: 89,9% при не установленной зависимости от ПАВ; 81,5% при зависимости от ПАВ в ремиссии; 77,1% при злоупотреблении ПАВ, но индикативный показатель охвата, достигнут только в группе женщин не имеющих

зависимость от ПАВ (89,9%) (рис. 1).

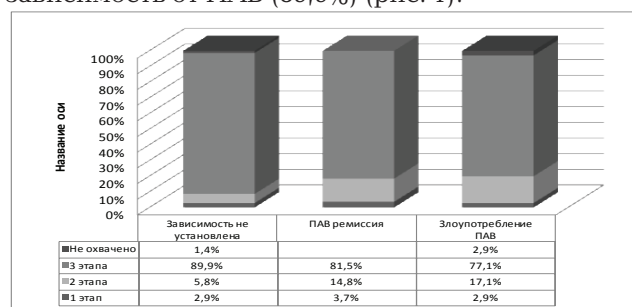


Рис. 1 Охват АРТ профилактикой пар мать-дита, в зависимости от употребления ПАВ, Магнитогорск роды 2014-2016гг.

Среди женщин с сопровождением МПК достоверность отличий показателей охвата 3-х этапной профилактикой в группе злоупотребляющих ПАВ (62,9%) и с не установленной зависимостью от ПАВ (81,3%) сохранялась ($p < 0,021$).

Вирусологическая эффективность к 36 неделям беременности была достигнута у 45,7% женщин злоупотребляющих ПАВ, что достоверно меньше, чем среди женщин с не установленной зависимостью от ПАВ (66,2%) ($p < 0,027$) и в сравнении с группой женщин в ремиссии от ПАВ (70,4%) ($p < 0,05$) рис 2.

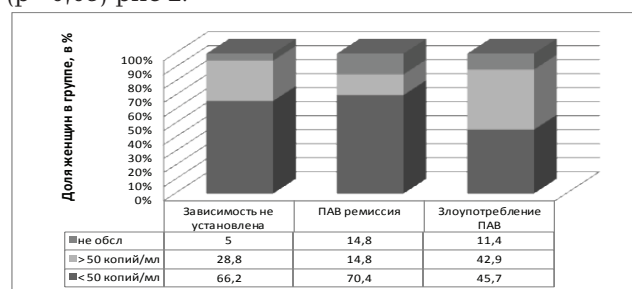


Рис. 2 Вирусологическая эффективность АРТ профилактики к 36 неделям беременности в зависимости от употребления ПАВ, Магнитогорск, роды 2014-2016гг.

Следует отметить, что и в группах женщин не злоупотребляющих ПАВ, вирусологическая эффективность остается недостаточной и связана с пропусками приема АРВТ: 11,1% среди женщин с ремиссией при зависимости от ПАВ, 21,6% среди женщин без зависимости от ПАВ. Таким образом, эффективность АРТ профилактики к периоду родов значительно снижают злоупотребление ПАВ и несформированная приверженность у женщин беременность которых совпала с обнаружением ВИЧ.

Наблюдение за женщинами в послеродовой период показало, что работа специалистов МПК Центра СПИД, основанная на пациент-центрированном подходе, способствует поддержанию приверженности диспансерному наблюдению женщин не зависимо от наличия риска злоупотребления ПАВ. Так, число женщин сохраняющих

приверженность диспансерному наблюдению в Центре СПИД после родов в группах сравнения не имеет статистически достоверных отличий (на 100 наблюдений): с неустановленной зависимостью от ПАВ 63,6%, употребление ПАВ ремиссия 59,1% и злоупотребление ПАВ 56,5%, рис. 3.

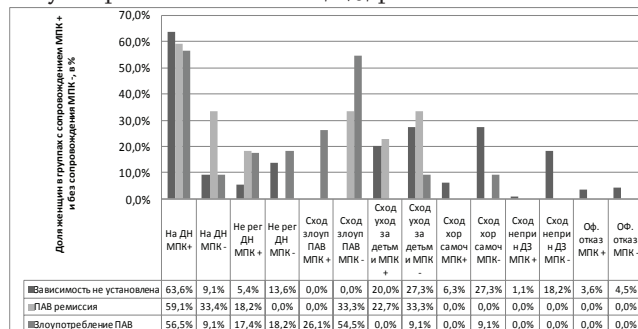


Рис.3 Приверженность диспансерному наблюдению женщин в период после родов в зависимости от сопровождения МПК, Магнитогорск 2014-2016гг.

При этом сопровождение МПК позволило снизить влияние риска злоупотребления ПАВ на прерывание диспансерного наблюдения после родов: у женщин злоупотребляющих ПАВ с 54,5% (без МПК) до 26,1% (с МПК) ($p>0,11$), у женщин с ремиссией от ПАВ с 33,3% (без МПК) до 0 (с МПК). В группе женщин с неустановленной зависимостью от ПАВ сопровождение МПК способствовало снижению таких рисков нарушения диспансерного наблюдения, как: «хорошее самочувствие» с 27,3% (с МПК) до 6,3% (без МПК) ($p<0,003$); «непринятие диагноза» с 18,2% (с МПК) до 1,1% (без МПК) ($p<0,001$) и «уход за ребенком» с 27,3% (с МПК) до 20% (без МПК) ($p>0,44$).

В итоге профилактических мероприятий коэффициент передачи ВИЧ от матери ребенку оказался выше в группе женщин злоупотребляющих ПАВ 11,4%, в сравнении с группой женщин с неустановленной зависимостью от ПАВ 3,6% ($p>0,064$), при этом статистически достоверные отличия данного показателя были получены в указанных группах при сопровождении МПК, соответственно 8,6% и 1,4% ($p<0,006$).

Выводы. Организация работы МПК Центра СПИД на основе пациент-центрированного под-

хода по сопровождению женщин в период беременности и после родов, способствует снижению таких актуальных рисков нарушения приверженности медицинскому наблюдению и АРТ профилактике, как: медико-биологические риски при злоупотреблении ПАВ, непринятие диагноза, хроническое самочувствие.

Злоупотребление ПАВ является фактором риска, значительно снижающим эффективность профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, требующим профессиональной продолжительной наркологической помощи наряду с работой МПК Центра СПИД.

Литература.

1. Беляева В.В., Коннов В.В., Козырина Н.В. «Базовые определения процесса формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции: результаты опросов специалистов и пациентов» в Ж. Инфекционные болезни, 2014г. Т.12., №2., стр.83-90.
2. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников О.В.. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5 — № 1. — С. 7 — 33.
3. Кытманова, Л.Ю. Организационные технологии повышения эффективности диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных / Л.Ю. Кытманова, М.Г. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2015. - №5. — С. 31-35.
4. Кытманова, Л.Ю. Работа мультипрофессиональной команды с пациентами, имеющими зависимость от психоактивных веществ, получающих антиретровирусную терапию / Л.Ю. Кытманова, М.Г. Москвичева, А.А. Дегтярев // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2015. — Т.7, №1. — С. 90-97.
5. Ладная Н.Н., Покровский В.В., Дементьева Л.А., Липина Е.С. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2016 г. // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ». - СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2017. — 386 с.
6. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2016 года», Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора.
7. Ястребова Е.Б., Жолобова В.Е., Рахманова А.Г., Кольцова О.В., Самарина А.В. Комплексный подход к оказанию медико-социальной помощи женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. Т. 3, №1. С. 47-55.

ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамчик Т.А.¹, Ситник Т.Н.^{1,2}, Хаперсков А.В.^{1,2}, Валявская И.А.¹

¹ Областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД,

² Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Резюме. Динамика эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Воронежской области проанализирована за период 1989 по 2016 гг. Описаны основные пути передачи ВИЧ, с изменением структуры по периодам. Отмечается рост инфицированных ВИЧ при употреблении внутривенных наркотических веществ. Оценена ситуация по заболеваемости и распространенности наркоманий в Воронежской области. Рассмотрена возрастная и половая структура ВИЧ-инфицированных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемия, заболеваемость, распространенность.

Комплекс новых подходов к профилактике, диагностике и лечению заболевания, вызванного ВИЧ, нашел отражение в Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Правительством Российской Федерации 20 октября 2016 года [5].

Целью исследования является изучение динамики эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Воронежской области для разработки комплекса профилактических и противоэпидемических мер.

Материалы и методы. Использован метод ретроспективного эпидемиологического анализа на основе данных информационных систем БУЗ ВО «ВОКЦПиБС», официальной отчетности наркологической службы (форма №11 Росстата). Анализ проведен с помощью эпидемиологических (описательно-оценочных) и статистических методов исследования.

Результаты и обсуждение. Воронежская область относится к регионам с низким уровнем пораженности: показатель (количество жителей области, живущих с ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения) в Воронежской области на 31.12.2016 г. составил 102,6, при аналогичном уровне по Российской Федерации — 594,3 на 100 тысяч населения [4].

При этом пораженность территорий Воронежской области не равномерна: 9 районов имеют низкие уровни — менее 70 на 100 тыс. населения, средние уровни (от 76,2 до 100,8 на 100 тысяч населения) — 15 районов, выше среднего по области (102,6 на 100 тыс. населения) показатель пораженности на 10-ти административных территориях.

Заболеваемость в области длительно регистрировалась на уровне единичных случаев ВИЧ-инфекции. Первый подъем 2000 года (52 случая - 2,08 на 100 тыс. населения) был связан с активизацией наркотического пути передачи, как отмечалось в целом по России и большинстве регионов.

Однако, в отличие от устойчивого многолетне-

го преобладания парентерального пути заражения на территориях Приволжского, Сибирского, Уральского и Дальневосточного округов [1, 2, 3, 7] с быстрым нарастанием эпидемического процесса, в Воронежской области, как и других областях Центрального Черноземья [6], уже через 1-2 года лидировал половой путь. В период 2005-2012 г.г. заболеваемость по Воронежской области колебалась от 3,8 до 7,1 на 100 тысяч населения, без однонаправленной тенденции (рис. 1).

Среди впервые выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией на территории области на долю постоянных жителей приходится 76%.

Статистически значимый рост начался с 2013 года и максимальные показатели отмечены в 2015-2016 г.г. (31,8-32,0 на 100 тысяч населения), что опять связано со сменой основного пути передачи.

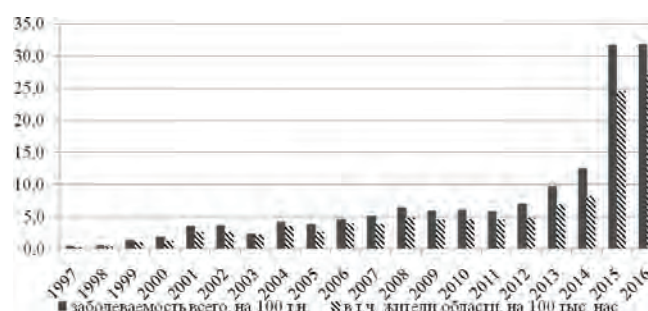


Рис. 1. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией по Воронежской области

За весь период наблюдения 52,9% ВИЧ-инфицированных связывают заражение с незащищенным половым контактом (в т. ч. гомосексуальным - 2,0%), 46,1% составляют инфицированные при внутривенном употреблении наркотиков, в 0,1% случаев инфицирование связано с переливанием крови, на передачу при перинатальном контакте с ВИЧ-инфицированными матерями и кормлении их грудью приходится 0,9%. С 2015 года преобладающим путем инфицирования стало зараже-

ние при употреблении внутривенных наркотиков, что явилось следствием изменения «наркосцены» - употребления новых синтетических наркотиков, с крайне рискованной практикой в плане инфицирования ВИЧ.

По данным отчетности наркологической службы Воронежской области в 2016 году среди населения области показатель впервые зарегистрированной наркомании относительно 2008 года вырос на 25,2%. Несмотря на наличие периодических подъемов и спадов заболеваемости, многолетняя динамика имеет тенденцию к росту (рис. 2).

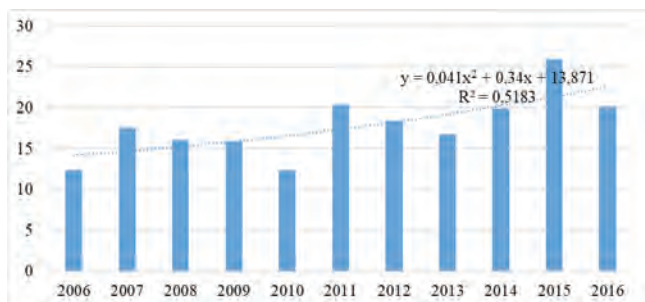


Рис. 2. Динамика и тенденции заболеваемости наркоманиями населения Воронежской области (на 100 тысяч населения)

В структуре потребляемых наркотиков хотя и преобладают опиоиды, их доля ежегодно уменьшается, заметно вытесняемая другими наркотиками и их сочетаниями (таблица 1).

В возрастной структуре заболеваемости населения наркоманией длительное время преобладающей возрастной группой является 20-39 лет (80,2-87,3%).

Доля ВИЧ-инфицированных среди состоящих на учете в наркологической службе с синдромом зависимости от наркотических средств (наркомания) и употреблением наркотиков с вредными последствиями возрастает. Если в 2009-2010 г.г. из диспансерных наркологических пациентов имели позитивный статус по ВИЧ-инфекции 0,3-0,2%, то в 2013-2014 г. г. их доля составила 2,0-2,5%; в 2015 году практически удвоилась, и в 2016 году еще выросла на 50% (таблица 2).

Результаты сероэпидемиологических исследований в группах потребителей наркотиков, проводимых в области с 2008 года, подтверждали данные официальной статистики [8, 9].

В многолетней возрастной структуре ВИЧ-инфекции по области преобладают молодые люди в возрасте 18-30 лет — 47,4%, но, как и в целом по России, отдельным регионам [1, 4, 6, 10], отмечена тенденция последних лет к «взрослению» ВИЧ-инфекции: с 2014 года доля лиц 31-40 лет стала преобладающей (рис. 3).

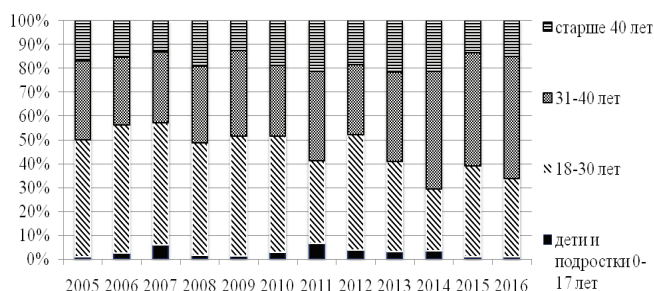


Рис. 3. Возрастная структура ВИЧ-инфицированных в Воронежской области

Таблица 1

Структура потребляемых психоактивных веществ среди первичных случаев и по распространенности, %

Вследствие употребления	2012		2014		2016	
	Первич.	Распрост.	Первич.	Распрост.	Первич.	Распрост.
опиоидов	70,9	88,2	71,6	86,6	50,3	74,8
каннабиноидов	21,8	6,9	14,6	8,4	13,2	9,6
психостимуляторов	0,5	1,0	2,0	1,1	6,0	2,5
других наркотиков и их сочетаний	6,9	3,8	11,8	3,9	30,5	13,1

Таблица 2

Результаты обследования пациентов БУЗ ВО «ВОКНД» на ВИЧ-инфекцию

Диагноз диспансерной группы	Из общего числа зарегистрированных имеют позитивный ВИЧ-статус, %				
	2009	2013	2014	2015	2016
Синдром зависимости от наркотических веществ — наркомания	0,42	3,84	4,36	10,15	10,06
Употребление наркотиков с вредными последствиями	0,15	0,83	1,12	6,81	6,94
Всего	0,28	2,06	2,46	5,13	7,89

Ежегодно основную долю инфицированных ВИЧ составляют мужчины: от 54,1% до 73,3% в разные годы. В структуре заболевания по гендерному признаку наблюдается тенденция снижения удельного веса среди женщин: с 45,9% в 2012 году до 26,7% в 2016 году, что связано с изменением преобладающего пути передачи на наркотический, со значительной долей мужчин среди ПИН. В период 2006-2013 г.г. доля женщин приближалась к половине случаев, женщины выявлялись в значительном количестве при обследовании по беременности и по контакту с половым партнером.

Данные по росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Воронежской области подтверждаются результатами скрининговых исследований. В структуре обследований на ВИЧ населения преобладают обследования по клиническим показаниям с выявляемостью 1,4 на 1000 обследованных (%). Доля обследованных в группах риска (лица, употребляющие инъекционные наркотики, больные ИППП, лица, находящиеся в местах лишения свободы, контактные с ВИЧ+, суммарно) составляет 4%. При этом выявление среди наркоманов остается высоким — 29,0%, а среди лиц больных ИППП — 1,7%. Максимальные уровни выявления среди лиц, обследованных при эпидрасследованиях (контактных) — 68,4%. Практически не снижается выявляемость среди лиц, находящихся в местах лишения свободы. Доля обследованных беременных составила 14,3% (в 2015 г. — 11,4%), при этом в 1,7 раза выросла выявляемость, что наряду с феминизацией эпидемии требует проведения полного комплекса мероприятий по химиопрофилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Утвержденный план мероприятий информационно-коммуникационной кампании в Воронежской области ориентирован на активное участие в его реализации социально ориентированных некоммерческих организаций. В этом направлении используются различные формы работы, в том числе с привлечением служителей Русской Православной Церкви; ВИЧ-инфицированных пациентов, как равных консультантов, для работы в среде потребителей наркотиков для мотивирования их на прохождение обследования.

Расширение профилактических мероприятий в ключевых группах привело, в том числе, к росту выявления ВИЧ-инфекции. Число обследованных наркопотребителей во втором полугодии 2016 года выросло в 2 раза по отношению к 1 полугодию, а в 2017 году при сравнении с аналогичными периодами прошлого года поддерживается рост в 2,4-2,7 раз. Соответственно нарастает абсолютное число выявленных с ВИЧ-инфекцией лиц среди ПИН.

Выводы. Анализ представленных данных подтверждает актуальность проблемы ВИЧ-инфекции для населения Воронежской области, особенно в связи с изменениями в характеристиках наркопотребления. Тенденции эпидпроцесса свидетельствуют о росте заболеваемости именно в ключевых группах. Следует продолжать мероприятия информационно-коммуникационной кампании, расширяя охват доступных для СОНКО групп.

Литература.

- Базыкина Е.А., Туркутюков В.Б., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в комплексе с вирусными гепатитами В и С на территории Дальневосточного региона России // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2017. - №2. - С. 37-41
- Борисова О.В., Гасилина Е.С., Агафонова О.В., Бочкарева Н.М., Кабанова Н.П., Аристов Д.Н., Теряева М.А. Эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции в Самарской области // Практическая медицина. Изд-во: ООО «Практика» (Казань). - 2016. - №8 (100). - С. 48-52
- Дятлова Н.Н., Козырев О.А., Малюженко И.В. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Волгоградской области // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ». Материалы конференции СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2017. — 386 с. С. 50-54
- Ладная Н.Н., Покровский В.В., Деметретьева Л.А., Липина Е.С. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2016 г. // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ». Материалы конференции. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2017. — 386 с. С. 3-9
- Правительство Российской Федерации. Распоряжение от 20 октября 2016 г. №2203-р. МОСКВА. / [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://government.ru/media/files/cbS7AH8vWirXO6xv7C2mySn1JeqDlvKA.pdf>
- Письменная Е.В., Барышникова В.А. Особенности развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Курской области // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 110-летию со дня смерти В.М. Тарновского. Курск. - 2016. — С. 115-122
- Поляков А.Н., Полякова А.В. Оценка эпидситуации по заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории Алтайского края в 2006-2014 г.г. // Инфектология. Изд-во: ООО «МИА-МЕД» (Барнаул). — 2016. - №1(1). — с. 21-24.
- Ситник Т.Н., Чемокурова Ю.В., Глазунова И.В., Валявская И.А. О тенденциях эпидпроцесса ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Воронежской области // Сборник тезисов Пятой конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. - Москва: 2016. — С. 187
- Яковлева А.А., Одиноква В. А., Русакова М.М., Ерицян К. Ю. Распространенность ВИЧ и характеристики наиболее скрытой популяции ПИН в пяти российских городах // Третья Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 28-30 окт. 2009 г.): сборник тезисов. М., - 2009. - Т.2. - С. 197
- Яппаров Р.Г., Габитова Г.Р. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в республике Башкортостан в 2015 году // Журнал инфектологии. - 2016. — Т. 8. - №4. — С. 31-35

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ДЕТЬМИ: К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иванова Е.Н.

Центр социальной помощи семье и детям Приморского района, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье проблематизируется статус ВИЧ-инфицированной женщины. Представлен обзор исследований социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированной женщины. Рассмотрен вопрос преимуществ организации социальной поддержки (СП) для сохранения здоровья женщины, обосновывается необходимость исследования структуры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных женщин с детьми.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, приверженность, ВИЧ-инфицированная женщина, социально-психологическая адаптация, социальная роль, СП, социальные сети.

Введение. В связи с продолжающимся ухудшением эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации существует высокая актуальность разработки более эффективных вмешательств для оптимальной социально-психологической адаптации граждан, живущих с ВИЧ-инфекцией. Необходимость подобного рода мероприятий закрепляется Государственной стратегией противодействия ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу [14], планом по реализации которой предусмотрены разработка и внедрение технологий социальной адаптации и реабилитации, а также мер СП лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в ключевых группах населения. Обеспечение услуг по уходу и поддержке должно способствовать снижению смертности и повышению качества жизни среди ЛЖВ, в том числе формированию приверженности и повышению качества жизни. Продолжается феминизация ВИЧ-инфекции. В Санкт-Петербурге среди лиц, инфицированных ВИЧ увеличивается количество женщин, на долю которых приходится более 40% новых случаев заболевания. По данным Санкт-Петербургского Центра СПИД среди установленных путей инфицирования у женщин доминирующим является половой, в 2016 году он составил 64,8%, за полугодие 2017 — 76,6% [7].

Цель исследования: Обосновать актуальность и значимость исследования особенностей СП ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в целях организации эффективных практик помощи.

Материалы и методы: Теоретический обзор и анализ основных исследований по проблемам социально-психологической адаптации, СП ВИЧ-инфицированных женщин, анализ практики социальной помощи ВИЧ-положительным женщинам с детьми.

Результаты и обсуждение. Проблема феминизации эпидемии ВИЧ-инфекции имеет большое значение с точки зрения предупреждения перинатального инфицирования ВИЧ детей. Особенное внимание при профилактике вертикальной пере-

дачи ВИЧ-инфекции уделяется формированию приверженности женщин лечению. Однако, по мнению специалистов, в настоящее время каждая пятая беременная ВИЧ-положительная женщина не принимает лечение, приверженность не сформирована. Среди причин называются: социальная неадаптированность; наличие наркотической или алкогольной зависимости; обращение за медицинской помощью на поздних сроках беременности; отказы женщин от проведения химиопрофилактики, в т.ч. по этническим, религиозным, социальным, из-за влияния близкого окружения, социальных сетей в формировании негативного отношения к АРВП; недостаточное качество консультирования ВИЧ-инфицированных медицинскими специалистами [9].

Обобщая многочисленные исследования особенностей клинического течения и лечения ВИЧ-инфекции у женщин, исследователи отмечают, что женщина, живущая с ВИЧ, нуждаются в особых подходах, учитывая ее социальные роли. Так, женщины могут опасаться раскрывать свой ВИЧ-статус ближайшему окружению, опасаясь насилия со стороны партнера. Представления о женщине могут влиять на стратегии получения ею медицинской помощи и СП, в том числе через восприимчивую стигму [28]. Следствием более широкого спектра социальных ролей является частая неудача лечения у ВИЧ-инфицированных женщин, они чаще прерывают терапию по причинам, не связанным с лечением, а также меняют препараты в схеме вследствие предъявляемых более высоких требований к побочным эффектам терапии, связанными с изменением внешности [3;13]. Таким образом, вопрос социально-психологической адаптации ВИЧ-положительной женщины особенно актуален.

До последнего времени довольно большой процент исследований особенностей социально-психологической адаптации ВИЧ-положительных женщин касался преимущественно их материнской роли [8,15]. Выделяются первостепенные «мишени» психологической коррекции наруше-

ний адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству: искажение системы отношений, отсутствие планирования будущего, нарушение эмоционального состояния, нарушение готовности к материнству, ощущение не успешности себя в роли матери, внутренняя противоречивость отношения к ребенку, низкий уровень родительской компетентности и нарушение взаимодействия с ребенком [1].

Изучение психологических особенностей беременных женщин - ЛЖВ, в первую очередь, связано с необходимостью снижения риска отказа от ребенка. Кроме того, имеется вывод ряда авторов о реабилитационном потенциале материнства и беременности, которые могут являться вариантом психологической адаптации к ситуации витальной угрозы, обусловленной ВИЧ [6;13].

Программы СП и поддержки семьям, затронутым ВИЧ-инфекцией, также отражают данную тенденцию и раскрываются, в том числе, через практики формирования ответственного родительства, функциональной помощи и обучению уходу за младенцем [16]. Основная цель СП: сохранение семейного жизнеустройства ребенка, снижение риска насилия и пренебрежения по отношению к ребенку. Однако, на наш взгляд, смещение фокуса внимания на отношения мать-ребенок, оставляет без должного внимания здоровье самой матери, что обусловило рост смертности среди матерей.

Авторы отмечают, что наиболее значимо снижается приверженность лечению у женщин после рождения ребенка в связи с переключением внимания со своих собственных проблем на потребности ребенка [3].

Некоторые исследования демонстрируют, что для ВИЧ-позитивных женщин более значимо понимание себя как представителя женского пола (по сравнению с ВИЧ-негативными) [8].

Ряд авторов [11] отмечают, что у женщин-ЛЖВ, одними из ведущих составляющих СП являются аффилиации и позитивная оценка со стороны авторитетных для них лиц. Эта потребность довольно часто фрустрирована. Так, по данным некоторых исследований одиночество переживают 42,8% ВИЧ-инфицированных беременных. [13]. Проблема исключенности в сфере близких отношений, связанная с ВИЧ-положительным статусом, является одной из наиболее важных для женщин. Боязнь утратить хорошее отношение близких приводит к утаиванию женщиной своего статуса, имеют место попытки всячески оградить родственников от этой информации [5]. Тем не менее, в плане принятия семейных ролей (жена, дочь, мать) это осознается как нежелание причинить боль утраты, страх заразить внешне проявляется в большей заботе и внимании к своим близким [11]. Однако самим

ВИЧ-инфицированным женщинам в отношении лечения оказывается меньше СП и внимания со стороны ближайшего окружения, по сравнению с ВИЧ-инфицированными мужчинами [3].

Искажение системы отношений нашло свое отражение в описании мер психологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам: расширение адаптационных ресурсов, актуализация ресурсов СП, коррекция межличностных отношений и коммуникации в семье, изменение отношения к семейной роли [2]. Эти направления остаются перспективными для разработки вспомогательных практик.

Исследования влияния СП ВИЧ-инфицированных на формирование приверженности лечению убедительно демонстрируют, что она является важным фактором, а ее недостаточность или отсутствие напрямую связаны с отказом от АРВТ [4].

Исследования стратегий совладания с ВИЧ-положительным статусом продемонстрировали, что недостаточно развитый самоконтроль и недостаточно развитая стратегия преодоления в виде поиска социальной поддержки у ЛЖВ, способствовали отказу от обращения за антиретровирусной терапией [12].

Обзор зарубежных исследований по проблеме помощи ВИЧ-инфицированным лицам, позволяет сказать, что проблема СП является популярным направлением исследований, не теряющим свою актуальность на сегодняшний момент. СП является широко исследуемым конструктом, описываемым как важнейший социальный фактор определяющий здоровье [22; 23; 31].

Многими зарубежными авторами указывается, что получаемая и осознаваемая СП напрямую взаимосвязана с физическим и психическим благополучием человека [21]. Позитивные эффекты от получаемой человеком СП выражаются в уменьшении его чувств неуверенности и беспокойства, удовлетворении социальных потребностей, разделении с другим человеком актуальных проблем, получении симпатии и полезной информации, а также непосредственной прямой помощи. СП может снизить воздействие стрессовых переживаний, облегчить приверженность к лечению ВИЧ-инфицированных, улучшить качество их жизни и помочь им получить доступ к большему количеству ресурсов, необходимых для решения финансовых проблем [20; 26; 34]. СП оказывает позитивное влияние на совладание с ВИЧ-инфекцией за счет повышения самооценки и снижения уровня стресса и депрессии [24]. Ряд исследований показал, что отсутствие СП (как эмоциональной, так и инструментальной) приводит к прогрессированию заболевания, при этом ее неадекватный потребностям уровень может иметь как негативные

психологические, так и негативные физические последствия, а ее более высокий уровень ассоциирован с лучшим функционированием иммунной системы [25]. Такие непосредственно связанные с СП социальные показатели как отсутствие супруга/супруги и бездомность также имеют выраженную корреляцию с более низкими показателями приверженности к антиретровирусной терапии [19; 30].

В ситуации хронической соматической болезни СП способствует более быстрому периоду психического и физического восстановления человека, обеспечивает информационную составляющую и снижает негативные эмоциональные состояния [10].

В настоящее время популярным подходом к изучению социальной поддержки является теория социальных сетей [29; 33]. Авторы отмечают, что формирование социальной сети имеет значение для успешной социальной адаптации [17].

По мнению ряда авторов для ВИЧ-инфицированных женщин первостепенное значение имеет ощутимая поддержка со стороны семьи [27]. Это может быть связано с тем, что семья как социальный институт является механизмом преодоления социального исключения людей, живущих с ВИЧ. Одной из основных стратегией, направленных на преодоления социального исключения, является стратегия построения социальных сетей. Их выстраивание, в том числе безличностных, способствует преодолению социального исключения, возникновению социальной солидарности не только внутри семьи, но и с социумом. Построение социальных сетей является, по сути, стратегией социальной адаптации семей, затронутых проблемой ВИЧ - инфекции. [17]. Автор подчеркивает, что одним из возможных ресурсов при формировании сети СП людей, живущих с ВИЧ, могут стать учреждения социального обслуживания, в рамках которых осуществляется социальное сопровождение ВИЧ-инфицированных.

Рядом авторов предпринимаются попытки описать структуру и состав сети поддержки ВИЧ-инфицированных женщин и взаимосвязь с депрессивными симптомами [22]. Выявлено, что женщины получают больше заботы от семейного окружения, при наличии большего круга людей, знающих диагноз. Те, кто сообщил, что чувствуют себя любимыми, с меньшей вероятностью сообщают о переживании стигмы. Авторы также подчеркивают важную роль поддержки по принципу «равный-равному». В настоящий момент в Санкт-Петербурге группа авторов проводит исследование возможностей дружеских сетей поддержки ВИЧ-инфицированных в формировании приверженности лечению и включения в медицинский сервис [18].

Исследователи акцентируют внимание на актуальности исследования конкретной структуры и состава сетей поддержки ВИЧ-инфицированных женщин или взаимосвязи этих особенностей сетей поддержки с социально-психологической адаптацией.

Основываясь на этих существующих теориях, мы предполагаем, что на процесс социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин, и как следствие формирование приверженности лечению могут эффективно влиять вмешательства, основанные на организации социальных сетей поддержки, отвечающие потребностям женщины, ориентированные на социальные нормы и ценности.

Для наиболее полной реализации адаптационного потенциала ВИЧ-инфицированной женщины, имеющей детей, она должна быть включена в систему социальной поддержки, как со стороны различных общественных институтов, так и со стороны близких.

Тем не менее, практика социальной работы в мегаполисе показывает разрозненность источников институциональной поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам, включая и сети, организованные по принципу «равный-равному». Конструирование пространства социальной поддержки, описание поддерживающей коммуникации позволит уменьшить институциональную конкурентность, определит наиболее эффективную социальную поддержку для каждой женщины, живущей с ВИЧ, индивидуально.

Выводы. 1. ВИЧ-положительные женщины, имеющие детей являются объектом повышенного внимания с точки зрения сохранения их здоровья.

2. Социальные и гендерные роли имеют значение при определении стратегий формирования и сохранения приверженности лечению

3. Социальная поддержка является значительным фактором социально-психологической адаптации ВИЧ-положительных женщин.

4. Структура социальной поддержки ВИЧ-инфицированных женщин является недостаточно изученным конструктом и потенциально несет возможности построения эффективных интервенций в плане поддержания здоровья, приверженности лечению. Необходимо проведение исследований в данном направлении.

Литература.

Алехин А.Н., Афанасьева Е.Д. Общение с ребенком как индикатор психической адаптированности ВИЧ-инфицированных матерей. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

Афанасьева Е. Д. Направления психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям [Электронный ресурс] // Ученые записки университета Лесгафта. 2011. №8. URL:

<http://cyberleninka.ru/>

Афони́на Л.Ю. Женщины и ВИЧ// Международная научно-практическая конференция Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. женщины и ВИЧ. Материалы конференции - СПб., 2017.- С. 15-18.

Беляева В.В. Стратегии повышения приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции// Венеролог. - 2005. - №10 — С. 13-16

Викторова Юлия Сергеевна Социальное исключение ВИЧ-положительных женщин [Электронный ресурс]// Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. №114. URL: <http://cyberleninka.ru/>

Жданова Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. - СПб., 2004. - 19 с.

Информационный бюллетень « ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.07.2017 [Электронный ресурс]// <http://www.hiv-spb.ru/>

Коваленко С.Н., Романцов М.Г., Грибанова С.В. Структура самосознания ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Фундаментальные исследования. — 2010. — № 3. — С. 62-67;

Латышева И.Б., Воронин Е.Е. Профилактика , диагностика и лечение перинатально й ВИЧ-инфекции в РФРеспубликанская клиническая инфекционная больница, Санкт-Петербург // Международная научно-практическая конференция АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ. Материалы конференции - СПб., 2017.- С. 9-14.).

Лифинцев, Д.В. Концепции социальной поддержки: позитивные и негативные эффекты социальных связей в контексте субъективного благополучия человека // Вестник Балтийского федерального университета имени И. Канта. — 2011. — № 11. — С. 74 — 80.

Макурова В. В. Особенности социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных / В. В. Макурова, А. А. Ермакова [Электронный ресурс]// Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 8. — Екатеринбург, 2009. — С. 42-49. / URL: <http://hdl.handle.net/>

Махаматова Алия Фархатовна, Ерицян Ксения Юрьевна, Русакова Майя Михайловна, Уитген Кэтрин, Уитген Рейчел Социально-психологические аспекты совладания с болезнью у людей, живущих с ВИЧ // Теория и практика общественного развития. 2013. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/>

Петрова Н.Н., Султанбекова Л.Н., Ниаури Д.А. Адаптация к беременности ВИЧ-инфицированных женщин // Международная научно-практическая конференция АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ. Материалы конференции - СПб., 2017.- С.316-317

Распоряжение правительства РФ от 20.10.2016 № 2203-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» [Электронный ресурс]//<http://goerment.ru/>

Стрельникова Нелли Рашидовна Отношение ВИЧ-инфицированных женщин, находящихся в естах лишения свободы к беременности и детям// Вестник Новосибирского государственного педагогического университета.- Новосибирск, 2011, Том 2, С.67-76.

Суковатова О.В., Суворова С.В. Оказание социальных услуг женщинам и детям, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции // Международная научно-практическая конференция АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ /Материалы конференции СПб.: Изд-

во «Человек и его здоровье», 2017. — С.150-161

Фионик, Ю. А. Семья как институт социальной адаптации людей, живущих с ВИЧ: автореферат дис. ... кандидата социологических наук : 22.00.04 - Санкт-Петербург, 2013. — 26 с.

Яковлев А.А., Амирханян Ю.А., Мусатов В.Б., Чайка Н.А., Яблонский П.К., Кострицкая С.С. Новые етодологические подходы в улучшении вовлечения ВИЧ-инфицированных пациентов в систему оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге//ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014;6(1), P. 66-73. DOI:10.22328/2077-9828-2014-6-1-66-73

Anastos K., Schneider M.F., Gange S.J., Minkoff H., Greenblatt R.M., Feldman J., Levine A., Delapenha R., Cohen M. The association of race, sociodemographic, and behavioral characteristics with response to highly active antiretroviral therapy in women // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2005. № 39 (5), P. 537-544.

Battaglioli-DeNero AM. Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2007;18(1), P.17—22. DOI: 10.1016/j.jana.2006.11.020

Berkman, L. From social integration to health: Durkheim in the new millennium / L. Berkman, T. Glass, I. Brissette, T. Seeman // Social Science and Medicine. — 2000. — Vol. 51. — P. 843 — 858.

Cederbaum JA, Rice E, Craddock J, Pimentel V, Beaver P Social networks of HIV-positive women and their association with social support and depression symptoms//Women Health. 2017 Feb;57(2). P. 268-282. DOI: 10.1080/03630242.2016.1157126.

Darbes, L., Chakravarty, S., Beougher, C., Neilands, T., & Hoff, C, (2011). Partner-Provided Social Support Influences Choice of Risk Reduction Strategies in Gay Male Couples. *AIDS Behavior*, DOI: 10.1007/s10461-010-9868-8.

Gordillo V., del Amo J., Soriano V., González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy // AIDS. 1999. № 13 (13). P. 1763-1769.

Gore-Felton C., Koopman C. Behavioral Mediation of the Relationship Between Psychosocial Factors and HIV Disease Progression // Psychosomatic Medicine. 2008. № 70 (5). P. 569-574.

Kalichman SC, DiMarco M, Austin J, Luke W, DiFonzo K. Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*. 2003;26(4). P.315 — 332.

MCDOWELL, T. L., & SEROVICH, J. M. (2007). The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV-positive persons. *AIDS Care*, 19(10), P. 1223— 1229. DOI: 10.1080/09540120701402830

Miller, C. T., Grover, K. W., Bunn, J. Y., & Solomon, S. E. (2011). Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychological Science*, 22(5), P.579 — 583. DOI: 10.1177/0956797611404898

Mitchell JC. The concept and use of social networks. In: Mitchell JC, editor. *Social networks in urban situations*. Manchester: Manchester University Press; 1969. P. 1 — 50.

Parruti G., Manzoli L., Toro P.M., D'Amico G., Rotolo S., Graziani V., Schioppa F., Consorte A., Alterio L., Toro G.M., Boyle B.A. Long-term adherence to first-line highly active antiretroviral therapy in a hospital-based cohort: Predictors and impact on virologic response and relapse // *Aids Patient Care and STDs*. 2006. № 20 (1). P. 48-57.

Peggy A. Thoits. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health// *Journal of Health and Social Behavior* 2011, Volume: 52 issue: 2, P. 145-161 DOI: 10.1177/0022146510395592

Rao, D., Chen, W. T., Pearson, C. R., Simoni, J. M., Fredrikson-Goldsen, K., Nelson, K., ... Zhang, F. (2012). Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *International Journal of STD & AIDS*, 23(7). P. 481 – 484. DOI:10.1258/ijsa2009.009428

Rook KS. Social support versus companionship: effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52. P. 1132 – 47.

Theorell T, Blomkvist V, Jonsson H, Schulman S, Berntorp E, Stigendal L. Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*. 1995;57(1). P. 32 – 36.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Малашёнков Е.А.¹, Гудова С.В.², Чернозёмова Е.А.¹, Кормаков А.В.¹

¹ Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина,

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Резюме. Абсцесс головного мозга является редким проявлением туберкулеза центральной нервной системы. В статье представлен случай туберкулезного абсцесса головного мозга как одна из локализаций генерализованного туберкулеза у больного ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа. Особенностью наблюдения явилась перфорация затылочной кости с экстракраниальным распространением гноя в мягкие ткани шеи. Подчеркнута важность рутинной окраски по Цилю – Нельсену полученного биологического материала во всех случаях абсцесса головного мозга.

Ключевые слова: туберкулезный абсцесс головного мозга, остеомиелит затылочной кости, абсцесс мягких тканей шеи, ВИЧ-инфекция.

В последние годы отмечается повсеместный рост числа ВИЧ-инфицированных в стадии СПИДа. В странах со значительной распространенностью туберкулеза, к которым относится и Российская Федерация, сочетание этих заболеваний представляет особо острую проблему.

Одной из особенностей туберкулеза у больных СПИДом является высокая частота внелегочной локализации. Туберкулезное поражение центральной нервной системы (ЦНС) у таких пациентов, по данным разных авторов, встречается в 4–20%, в то время как у лиц с относительно нормальным иммунным статусом — лишь в 4–8 % [2, 3, 4, 10].

Специфическое поражение ЦНС проявляется преимущественно туберкулезным менингитом или менингоэнцефалитом, значительно реже диагностируется туберкулема головного мозга [2]. Туберкулезный абсцесс (ТА) головного мозга встречается очень редко, в литературе описывают лишь отдельные случаи [3, 6, 7, 10]. Представляем клиническое наблюдение туберкулезного абсцесса головного мозга у больного СПИДом.

Мужчина 34 лет поступил в клиническую инфекционную больницу имени С. П. Боткина 22.07.2016 г. с жалобами на головную боль, лихорадку, боли и вздутие живота, периодический жидкий стул.

Из анамнеза известно, что в 2000–2010 гг. употреблял инъекционные опиаты. В 2012 г. в местах лишения свободы диагностирована ВИЧ-

инфекция, состоял на учете, но обследовался нерегулярно, антиретровирусную терапию (АРВТ) не получал. Туберкулезом ранее не болел, однако имел контакт с больным туберкулезом в заключении (2012–2015). Флюорография легких в 2015 г. — без патологии.

В детстве впервые перенес неутраченную травму головного мозга. В октябре 2015 г. лечился в стационаре по поводу повторной закрытой черепно-мозговой травмы: ушиб головного мозга средней степени, левосторонний гемипарез, закрытый перелом костей носа, рвано-ушибленная рана головы. При СКТ головного мозга — без патологических изменений, клинический анализ крови, анализ мочи — без отклонений от нормы.

Ухудшение самочувствия в течение последних 6 месяцев, с начала 2016 г.: слабость, тошнота, снижение массы тела. 22.07 поступил в больницу Боткина для назначения АРВТ с иммунограммой CD₄ — 9 % (55 клеток в мкл) и вирусной нагрузкой 2 308 501 копия в мкл.

Рентгенограмма 23.07.2016: плевропневмофиброз в языковых сегментах левого легкого, сосудисто-интерстициальные изменения в прикорневых отделах. УЗИ органов брюшной полости — без особенностей.

05.08.2016 г. — старт АРВТ (дизаверокс 150, эфавиренз 600), которая сопровождалась противотуберкулезной химиопрофилактикой (изониазид 0,3).

Спустя 10 дней больной стал жаловаться на периодические повышения температуры тела до

40 °С, умеренную головную боль, появление боли в глазах. В связи с этим проведено повторные исследования, в том числе рентгеномография, выявившая небольшое расширение верхнего средостения, и УЗИ брюшной полости, обнаружившее увеличенные лимфатические узлы в воротах печени (27 × 15 мм), корне брыжейки, парааортальной группы (17 мм), а также гепатоспленомегалию, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, паренхимы почек.

Несмотря на многократные исследования мокроты, мочи, кала (включая молекулярно-генетические методы), которые не выявили МБТ, фтизиатром был заподозрен генерализованный туберкулез с поражением внутригрудных и внутрибрюшных лимфатических узлов, что и было в дальнейшем подтверждено в результате диагностической лапаротомии с биопсией брыжейки и брыжеечных лимфатических узлов от 07.09.2016 г.

Тогда же в связи с жалобами на длительную лихорадку, головную боль и боль в глазных яблоках подозревался туберкулезный менингит, однако по результатам осмотра и неоднократных люмбальных пункций неврологом он был исключен.

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 4В стадия, прогрессирование без АРВТ. Генерализованный туберкулез. Туберкулез внутригрудных и внутрибрюшных лимфатических узлов в фазе инфильтрации и обсеменения в брюшину, МБТ(–). Орофарингеальный кандидоз. Хронический вирусный гепатит В + С вне обострения.

Начата противотуберкулезная терапия по I режиму (Н 0,6, R 0,6, Z 2,0, К 1,0, Е 1,2). Но за 4 недели лечения она не оказала эффекта, в связи с чем была заподозрена лекарственная устойчивость возбудителя. С назначением IV режима химиотерапии (Ра 0,75, Cs 0,5, Z 1,5, К 1,0, Lev 0,75) отмечены улучшение самочувствия, прекращение головных болей, снижение температуры до субфебрильных цифр. Улучшились иммунологические показатели: CD₄ выросли до 17 % (240 клеток в мкл), вирусная нагрузка снизилась до 417 копий.

21.09 больной вновь предъявил жалобы на головную боль, светобоязнь; повысилась температура тела до 38,5 °С.

Состояние средней тяжести. Кожа чистая, без сыпи. В затылочной области пальпируются болезненные плотные лимфатические узлы, подмышечные лимфатические узлы 2–3 см, мягко-эластические безболезненные. Пульс 80 уд. в мин, ритмичный АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧДД 18, дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, обложен, живот мягкий, безболезненный, печень +3 см, селезенка увеличена, отеков нет. Поколачивание по поясничной области безболезненное.

22.09 осмотрен неврологом. Выявлены когни-

тивные нарушения, слабopоложительные симптомы ригидности затылочных мышц и Кернига, симптом Маринеску справа, глубокие рефлексy справа более выражены. Заподозрен менингит, но по результатам исследования ликвора он вновь исключен.

25.09.2016 г. выполнена МРТ головного мозга (рис. 1, 2, 3). В области левой затылочной доли, субдурально, определяется ограниченное скопление жидкости, которое оттесняет сагиттальный и левый поперечный синусы, размерами 37 × 23 мм (в аксиальной проекции) с вертикальным размером до 56 мм. Левая затылочная доля с признаками умеренного отека в отделах, прилежащих к скоплению жидкости. Экстракраниально в мягких тканях затылочной области шеи по срединной линии также определяется скопление жидкости размером 28 × 29 × 53 мм, которое сообщается с интракраниальным пространством через дефект в затылочной кости черепа. После введения контрастного вещества определяется его скопление по периферии скопления жидкости (по капсуле) с немногочисленными линейными перетяжками между стенок. Заключение: МР-картина абсцесса с интракраниальным (субдуральным) и экстракраниальным (подкожным и межмышечным) распространением.

Больной продолжал лихорадить, жаловался на боли в затылочной области, где при пальпации определялся плотный инфильтрат размером 20 × 30 мм с флюктуацией. При вскрытии и дренировании абсцесса мягких тканей шеи получено 10 мл гноя. В результате окраски материала по Цилю – Нельсену бактериоскопически обнаружены КУМ.

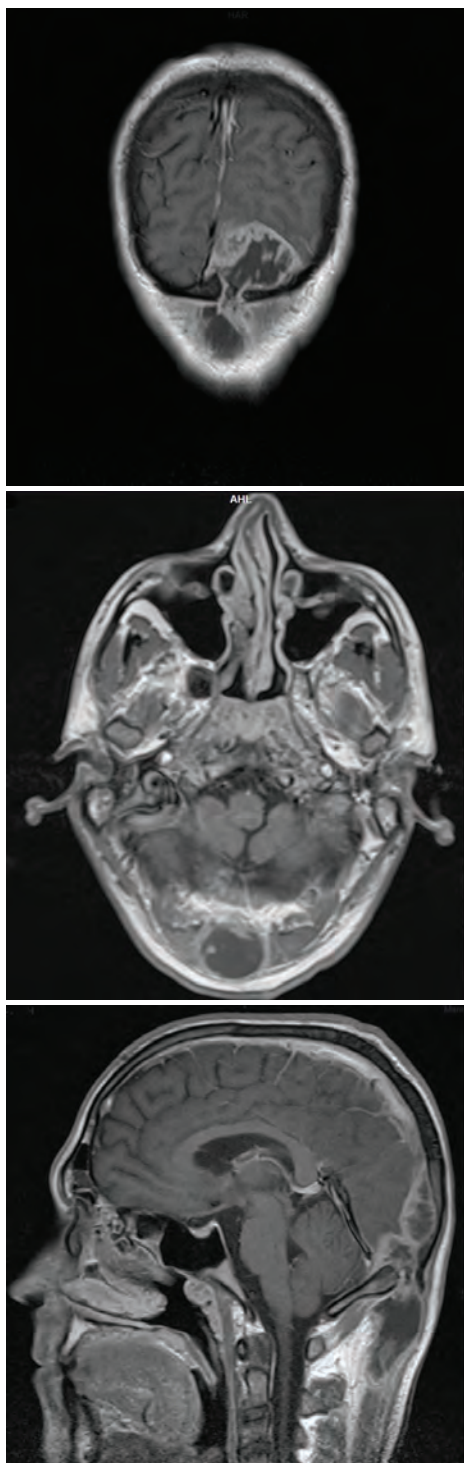
Таким образом, диагноз генерализованного туберкулеза дополнился еще одной локализацией: туберкулезный субдуральный абсцесс затылочной области, осложненный остеомиелитом затылочной кости и абсцессом мягких тканей шеи.

В результате проведения комбинированной противотуберкулезной и антиретровирусной терапии достигнута положительная динамика: стойкая нормализация температуры, уменьшение (по данным МРТ) размеров абсцесса, снижение вирусной нагрузки и улучшение показателей иммунограммы.

Туберкулезный абсцесс (ТА) головного мозга впервые описали Evans и Rand в начале 1930-х годов [10].

Истинная частота ТА головного мозга неизвестна, обычно в научной литературе сообщают о единичных наблюдениях. В 1978 г. (обзор с 1886 по 1978) Whitener разработал критерии ТА, основанные на анализе 57 случаев абсцесса головного мозга, описанных в мировой литературе, 17 из которых имели туберкулезную этиологию: макроскопически — абсцесс головного мозга, микро-

скопически — сосудистая грануляционная ткань, содержащая клетки острого и хронического воспаления и МБТ в гное [10].



Хотя описания Whitener касались иммунокомпетентных пациентов, выделенные им критерии диагноза ТА актуальны и поныне. С 2000-х годов эта патология стала встречаться чаще и в основном наблюдается у больных ВИЧ-инфекцией в продвинутой стадии.

С 2001 по 2009 год число больных туберкулезом ЦНС среди ВИЧ-позитивных людей увеличилось в 3 раза [2].

Большинство авторов отмечают скудость клинических проявлений, которые существенно зависят от локализации поражения. Так, основная и нередко единственная жалоба — это головная боль; очень слабо выражены симптомы интоксикации, незначительны изменения в клиническом анализе крови, отсутствуют менингеальные симптомы. Симптом ригидности затылочных мышц выражен при расположении абсцесса вблизи от мозговых оболочек. Характерны подострое течение, медленное нарастание симптомов и преобладание изменений со стороны психики над локальной неврологической симптоматикой [1, 3, 4, 8, 9].

КТ обычно выявляет одиночную кольцевидную тень с толстыми стенками, гиподенсным центром и отеком окружающей ткани.

В большинстве случаев патогенез ТА связан с гематогенным распространением инфекции из экстракраниальных очагов как проявлением генерализованного туберкулеза или осложнением диссеминированного туберкулеза легких [1, 3, 5].

В 2007–2016 годах в больнице Боткина из 6300 больных туберкулезом поражение ЦНС было выявлено у 498 человек, что составило 7,9 %. 452 человека (90,8 %) из них — больные СПИДом. Среди клинических форм туберкулеза ЦНС как у больных с иммунодефицитом, так и при сохранном иммунном статусе, абсолютно преобладали менингит и менингоэнцефалит — 98,4 % (490 чел.). Туберкулемы головного мозга были выявлены у 1,4 % (7 чел.), туберкулезный абсцесс головного мозга — у 1 (0,2 %).

Описанный нами случай интересен необычным расположением ТА с разрушением кости черепа и образованием субкутанного абсцесса, хотя при этом клинические проявления заболевания были более чем скромными. Многократные бактериологические исследования различного биологического материала также не позволили выявить МБТ, что вызвало немалые диагностические трудности в клинической диагностике ТА, даже при верифицированном абдоминальном туберкулезе, и только выход гноя за пределы черепной коробки дал возможность получить важный диагностический материал и выделить возбудителя. Данное наблюдение демонстрирует важность раннего применения МРТ головного мозга и биопсии с микробиологическим исследованием материала, в том числе посевами на МБТ на различных средах, молекулярно-генетическими тестами, а также окраской по Цилю — Нельсену (метод, вполне доступный в общей лечебной сети, но, к сожалению, хирургами нередко игнорируемый).

Несмотря на свою редкость, ТА должен быть включен в дифференциально-диагностический

ряд очаговых поражений головного мозга у больных СПИДом, а КТ и МРТ головного мозга — стать обязательными исследованиями для пациентов этой категории.

Литература.

- Лукина В. Г., Пирогова Н. Д., Козлова А. В. Особенности туберкулеза центральной нервной системы в Тюменской области в современных условиях. — Мед. альянс. — 2015. — № 1. — С. 148.
- Перегудова А. Б., Шахгильдян В. И., Цветкова О. О. и др. Структура поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией специализированного отделения инфекционной больницы. — Тер. арх. — 2010. — Т. 82, № 11. — С. 22–27.
- Gupta V., Chhina D., Kaushal R.K., Gupta R. Tuberculosis brain abscess — case report. Asian Pac. J. Trop. Dis. 2012, 2(5), 419-420.
- Khan A. A., Umar S., Mushtaq H. Cerebellar tubercular abscess. Journal of Islamabad Medical & Dental College (JIMDC); 2016;5(3):142-143.
- Menon S., Bharadwaj R., Chowdhary A. et al. Tuberculous brain abscesses: Case series and review of literature. J Neurosci Rural Pract. 2011 Jul-Dec; 2(2): 153–157.
- Mohindra S., Savardekar A., Gupta R. et al. Tuberculosis brain abscess in immunocompetent patients: a decade long experience with nine patients. Neurol. Ind. 2016; 64; 66-74.
- Sánchez-Portocarrero J., Pérez-Cecilia E., Romero-Vivas J. Infection of central nervous system by Mycobacterium tuberculosis in patients infected with human immunodeficiency virus (the new neurotuberculosis). Infection. 1999, 27 (6), 313-317.
- Sharma V., Newton G. Multiple brain abscesses. Ind. J. Tub., 1992, 39, 185-188.
- Smita A., Kumar R., Ranjan A. Diagnosis of tubercular brain abscess through ocular manifestation. Nigerian J. of Ophtalm. Jan.-Jun., 2015, Vol.23, 22-23.
- Whitener D. R. Tuberculosis brain abscess. Report of a case and review of literature. Arch. Neurol. 1978, 35 (3), 148-153.

БРОНХО-ЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**Бондаренко А.И.¹, Козырев О.А.¹, Белозеров Е.С.²**¹ Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,
г. Волгоград,² Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучить особенности эпидемиологии ВИЧ-инфекции в Волгоградской области и дать клинико-этиологическую характеристику бронхо-легочной патологии у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Нами изучены особенности эпидемиологии ВИЧ-инфекции в Волгоградской области за 1988-2015 гг. по данным областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и клинические проявления бронхо-легочной патологии у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, для чего было проанализировано 147 историй болезней детей от 0 до 18 лет с верифицированным диагнозом ВИЧ-инфекция.

Результаты и обсуждение. Началу эпидемии ВИЧ-инфекции в стране предшествовал сформировавшийся очаг нозокомиальной ВИЧ-инфекции в конце 1988-1994 гг. в стационарах Южного региона страны: города Элиста, Волгоград, Ростов-на-Дону, к концу 1995 г. общее число инфицированных парентеральным путем насчитывало **255 детей**. Причиной было массовое нарушение стерилизации шприцев и другого медицинского инструментария в стационарах этих городов. Но в последующем ведущую роль в инфицировании детей ВИЧ стал играть вертикальный путь передачи от больных ВИЧ-инфекцией матерей и в среднем дети в 95% случаев инфицируются ВИЧ в результате перинатальной передачи.

В Центре СПИД Волгоградской области на учете на конец 2015 года стояло 3892 ВИЧ-инфицированных женщины. В 2011-2015 году родилось 976 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. 408 женщин (41,8%) о своем ВИЧ-статусе узнали во время беременности. Вертикальная передача ВИЧ имела место в 4,61% случаев (45 детей). Полный курс химиопрофилактики ВИЧ-инфекции получили 90,8% беременных, не полный – 9,2%, но среди детей, инфицированных в связи с вертикальной передачей ВИЧ, не полный курс химиопрофилактики матери получили 28,8% беременных.

Как и у взрослых, у детей ведущей причиной смерти являются вторичные заболевания, в основном инфекционного генеза, вызванные преимущественно условно-патогенными возбудителями.

Как показал проведенный нами анализ, в структуре вторичных заболеваний, развивающихся на фоне вторичного иммунодефицита, обусловленного ВИЧ из нозокомиального очага манифестация клинических проявлений наступала в среднем через 17 месяцев, поражение дыхательных путей в основном проявлялось в виде лимфоидной интерстициальной пневмонии, реже встречалась пневмококковая пневмония. До развития стадии СПИД проходило 5,5-7 лет с момента инфицирования. В связи с развившимся иммунодефицитом у детей часто наблюдались повторные ОРВИ (6 и более эпизодов в год) с тяжелым течением и бактериальными осложнениями. Все дети, парентерально инфицированные в возрасте до

1 года умерли в первый год манифестации вторичных инфекций.

Среди 147 детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией (2000-2016 года рождения) у детей возрастной группы до 5 лет имели место следующие стадии болезни: стадия 3 – в 29,3% случаев, стадия 4А – в 58,6%, стадия 4Б – в 6,9%, стадия 4В – в 5,2%. Бронхолегочные проявления ВИЧ-инфекции диагностированы в 32,8% случаев, туберкулез органов дыхания не встречался ни у одного ребенка. У больных в возрасте 6-16 лет чаще встречались более тяжелые стадии болезни с вторичными бактериальными проявлениями: стадия 3 – 24,7%, стадия 4А – 35,9%, стадия 4Б – 26,9%, стадия 4В – 12,4%. У 38,2% больных наблюдалась бронхолегочная патология в виде повторяющихся бронхитов, пневмоний, а также туберкулеза органов дыхания (4,5%).

Таким образом, несмотря на проводимую антиретровирусную терапию, у детей с возрастом идет прогрессирование ВИЧ-инфекции с более частыми проявлениями патологии органов дыхания.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**Ниаури Д.А., Хубулава Н.В.***Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург*

Целью исследования было изучить клинико-лабораторные характеристик ВИЧ-инфицированных беременных, проанализировать особенности структурных изменений в последе ВИЧ-инфицированных, оценить уровень экспрессии межклеточных белков (клаудинов и окклюдина) и биомаркеров плацентарных макрофагов CD14 и CD68 в полученных образцах плаценты.

Включенные в исследование 124 беременных распределены по двум группам: основная – ВИЧ-инфицированные (74 беременных) и контрольная – беременные без инфекционной патологии, с неосложненным течением беременности и срочным родоразрешением через естественные родовые пути (50 женщин).

Проведено клинико-лабораторное обследование 124 беременных, комплексное гистологическое и иммуногистохимическое исследование плаценты.

Анализ беременности и родов исследуемых показал, что среди ВИЧ-инфицированных женщин увеличивается число беременных с анемией, без гепатита и с ВИЧ-инфекцией четвертой стадии. Основной путь инфицирования – внутривенное употребление наркотиков. Большинство ВИЧ-инфицированных знают о своем ВИЧ статусе до беременности. Беременные с ВИЧ чаще болеют хроническими воспалительными заболеваниями.

Морфофункциональное исследование плаценты выявило, что инволютивно-дистрофические процессы, развивающиеся в периферических и в центральных отделах при ВИЧ, приводят к повышению риска внутриутробного инфицирования плода. Анализ результатов гистологического исследования плацентарной ткани показал, что плацента ВИЧ-инфицированных имеет большую массу, чем у здоровых беременных; на фоне вирусных инфекций в 100% случаях наблюдается гиперемия плацентарной ткани. Применение современной техники визуализации резидентных макрофагов плаценты (CD14⁺

и CD68⁺ клеток) позволило установить, что вирусная инфекция сопровождается увеличением в строме ворсин хориона числа иммунокомпетентных клеток, а при ВИЧ-инфекции CD14⁺ клетки в большей степени вовлекаются в процесс клеточного ответа; анализ экспрессии белков плотных контактов в плаценте, взятой при срочных родах, показал, что в плаценте женщин страдающих вирусными инфекциями и у здоровых родильниц белки плотных контактов не обнаруживаются.

При изучении медицинской документации ВИЧ-инфицированных детей, выявлены факторы, способствующие перинатальному инфицированию плода; высокая вирусная нагрузка у матери (содержание в 1 мл. крови больше 100 000 ед. вируса); позднее начало АРВ-третий триместр и/или только во время родов; сопутствующие урогенитальные инфекции; заболевание щитовидной железы, ОГА, травмы ЦНС и возраст до 30 лет – факторы, способствующие высокой вирусной нагрузке и приводящие к реализации вертикальной передачи ВИЧ. Среди патологии новорожденных чаще встречается задержка внутриутробного развития и перинатальная энцефалопатия, чем гипотрофия плода. Основное осложнение родов – преждевременное излитие вод.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать следующие выводы: наличие инфекционной патологии и выраженность иммунодефицита у матери, а также состояние барьерных структур плаценты идентифицированы в качестве факторов риска перинатальной передачи ВИЧ; установлена обратная зависимость между тяжестью анемии и частотой развития воспалительных заболеваний генитального тракта с вирусной нагрузкой в крови и выраженностью иммунодефицита у родильниц; показано, что в плаценте взятой при срочных родах у женщин с вирусной инфекцией и у здоровых родильниц, белки плотных контактов не обнаружены; выявлена биологическая роль плацентарных макрофагов в развитии воспалительных процессов в плаценте и высоком риске внутриутробного инфицирования плода; сравнение морфологического и иммуногистохимического исследования плацент показало высокую корреляционную зависимость между степенью плацентарной недостаточности и выраженностью экспрессии CD14. При хронической плацентарной недостаточности отмечается повышение экспрессии CD14 как в центральном, так и в периферическом отделах плаценты.

МОНИТОРИНГ СЛУЧАЯ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ КЛИЕНТОК, ЗАТРОНУТЫХ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ

Суковатова О.В.², Белякова А.В.¹

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика

И.П. Павлова,

²Межрегиональная общественная организация «Врачи детям», Санкт-Петербург

Актуальной современной проблемой является ВИЧ/СПИД из-за высокой распространенности, социальных последствий и рисков, связанных с инфицированием. Растет число ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность. Вероятность того, что дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, окажутся без попечения родителей во мно-

го раз выше, чем в случае с детьми, рожденными матерями с отрицательным ВИЧ-статусом.

С ноября 2004 года Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям» реализует проект по сохранению семейного жизнеустройства для детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, «МАМА+». Методология работы проекта основана на междисциплинарном ведении случая, что позволяет на раннем этапе выявлять в медицинских учреждениях женщин, которые могут отказаться от ребенка, сопровождать клиенток и/или направлять на сопровождение в центры социальной помощи.

В процессе работы с клиенткой разрабатывается сервисный план (цели, задачи, этапы сопровождения). Со временем, в результате работы со случаем, некоторые задачи становятся выполненными, меняется состояние клиентки, появляются потребности в новых услугах. Динамика случая обсуждается специалистами на консилиуме. Специалист, ведущий случай, своевременно вносит коррективы и пересматривает сервисный план. Корректировку сервисного плана необходимо осуществлять в тесном сотрудничестве с клиенткой. Наглядная демонстрация клиентке динамики совместной работы – решенных задач, сделанных шагов, преодоленных проблем – повышает уверенность женщины в собственных силах и в своей способности справляться с трудностями, дает положительный опыт сотрудничества со специалистами и способствует лучшему пониманию собственных целей, желаний и мотивов. Постоянное внимание к достигнутому успехам, пусть даже небольшим, укрепляет контакт клиентки с сотрудниками проекта, повышает доверие и поддерживает мотивацию к сотрудничеству. С другой стороны, мониторинг случая является важным качественным показателем работы сотрудника проекта.

В качестве критериев для оценки динамики могут выступать:

- материальное и физическое состояние клиентки;
- стабильность эмоционального состояния клиентки;
- наличие необходимых документов;
- наличие внутрисемейной и внешней поддержки;
- мотивация клиентки на уход за ребенком, его воспитание и развитие;
- зависимость клиентки от проекта и его услуг;
- степень социальной адаптации клиентки;

Для объективной оценки динамики случая в проекте «МАМА+» применяется инструмент, называемый матрицей динамики случая. Эта форма позволяет периодически оценивать динамику случая по восьми категориям: забота о ребенке/попечительство о ВИЧ-позитивной матери с ребенком, жилищная ситуация/материальное положение, образование и занятость, знания о ВИЧ/навыки паллиативного ухода, зависимость/созависимость, гражданский статус, психическое здоровье, социальные навыки/направления за получением помощи в другие организации. Для каждой из этих категорий оценки может быть определен один из уровней функционирования (в порядке положительной динамики): кризисный, уязвимый, стабильный, безопасный и благополучный. Отмечая уровень функционирования клиентки или семьи в целом на момент оценки, можно составить картину, отражающую динамику. Данная матрица представлена в «Руководстве по сохранению семейного жизнеустрой-

ства детей, затронутых ВИЧ-инфекцией».

Конечной целью социальной службы является достижение клиенткой полной самостоятельности и независимости от специалистов и оказываемой помощи. Поскольку основная цель проекта «МАМА+» – сохранение для ребенка семейной поддержки, то стабилизация жизненной ситуации клиентки означает устранение риска отказа от ребенка. Принимая решение о продолжении работы или закрытии случая, необходимо учитывать динамику за последние 2-3 месяца, мотивацию к изменению со стороны клиентки и ресурсы организации.

Особо отметим, что при закрытии случая необходимо сделать все возможное для сохранения семейного жизнеустройства ребенка и охраны его прав. Если по каким-то причинам невозможно продолжить оказание помощи клиентке и ее семье в рамках одной социальной службы, необходимо направить клиентку для получения адекватной помощи в другую организацию, желательно с обеспечением преемственности помощи.

Вывод. В ходе сопровождения клиенток, затронутых проблемой ВИЧ, для поддержания их мотивации, оценки динамики важную роль играет постоянный мониторинг случая.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕКЛАМЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ «ЗАЩИТИ ТЕХ, КОГО ЛЮБИШЬ, ПРОЙДИ ТЕСТ НА ВИЧ»

Виноградова Т.Н., Пойлова Е.В., Манушина Е.Н.

*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и
инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург*

Информирование населения о методах профилактики является одним из важных способов противодействия распространению эпидемии ВИЧ-инфекции.

В апреле 2016 года в Санкт-Петербурге стартовала кампания по социальной рекламе по профилактике ВИЧ/СПИДа, которая осуществляется силами СПб Центром СПИД совместно с БФ «Гуманитарное действие», НП «Е.В.А.», БФ «Диакония» и при поддержке Комитета по печати и взаимодействию со средствами массовой информации Правительства Санкт-Петербурга.

Целями при проведении кампании являлись привлечение внимания населения к вопросам ВИЧ/СПИДа и информирование жителей о методах профилактики ВИЧ. Одной из задач кампании было использование социальной рекламы, как инструмента привлечения внимания молодежи к актуальным проблемам ВИЧ/СПИДа и способам их преодоления.

Были определены основные направления информационных посылов:

Призыв к прохождению тестирования на ВИЧ-инфекцию

Снижение дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ

Развешивание мифов о ВИЧ

Совместно со специалистами в области рекламы были разработаны слоганы: «Не гадай, пройди тест на ВИЧ», «Защити тех, кого любишь, пройди тест на ВИЧ», «Сведи риск к нулю, узнай свой ВИЧ-статус», «Для этого теста не нужен высокий IQ, просто нужна голова», «Группа

риска ВИЧ-инфекции - тема, которая касается каждого», «Я знаю, что ВИЧ ≠ одиночество», «Я знаю, что дети с ВИЧ не опасны для моих детей».

Об эффективности проводимой в течение 9 месяцев проведения кампании свидетельствуют следующие показатели:

Увеличение числа звонков на горячие линии общественных организаций, представленных на размещенных материалах, на 25% по сравнению с аналогичным периодом годом ранее.

Увеличение посещаемости анонимного кабинета СПб Центра СПИД на 30%.

Увеличение посещаемости сайта Центра СПИД на 44,7%, среднегодовая доля новых посетителей составила 86,1%.

Перед запуском второго этапа кампании с новым дизайном в 2017 году был проведен социологический опрос. Опрос проходил с 25.01.2017 по 01.02.2017 в студенческих группах социальных сетей. Благодаря поддержке Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС) к опросу присоединились студенты из Твери, Москвы, Воронежа, Волгограда, Ульяновска, Иваново, Орла, Дзержинска, Тамбова и других городов. В опросе приняли участие 926 человек в возрасте от 18 до 35 лет, что является показателем высокого интереса молодежи к проблемам, связанным с ВИЧ-инфекцией.

Предлагалось ответить на 15 вопросов, часть из которых была направлена на составление «социального портрета» респондентов, другая часть – на выяснение общественного мнения о том, какая социальная реклама может вызвать интерес и отклик.

По данным статистики, наибольшую активность в ответах проявили молодые люди в возрасте от 18 до 22 лет (68,2%). Возраст 19,6% участников составил 29-35 лет, 12,2% - 23-28 лет.

Доля женщин среди респондентов составила 78,7%, мужчин – 21,3%. Преимущественно у участников опроса окончное высшее (64,9%) или среднее (27,4%) образование.

43% опрошенных проживают в Санкт-Петербурге, 3,4% в Ленинградской области, 11,1% - москвичи и 42,5% - в других населенных пунктах РФ. Только 18,3% респондентов состоят в браке. У 83,1% еще нет детей. В основной массе это свободные (42,7%) или встречающиеся с девушками/парнями (39%) молодые люди.

Респондентам было предложено оценить свои жизненные приоритеты по пятибалльной шкале. Согласно их оценке, составлен следующий рейтинг: семья - 78%, здоровье - 72%, любовь - 57%, дружба - 48%, работа - 31%, развлечения - 13%.

Вероятность влияния рекламы в целом на поведение людей большинство респондентов (63%) допускают, а 20% опрошенных совершенно уверены в этом. В отношении влияния социальной рекламы – у 48% опрошенных возникали мысли об изменении своего поведения после ее просмотра, а 32% респондентов уверены, что социальная реклама не способна влиять на их поведение.

Основными качествами, которыми должна обладать социальная реклама, чтобы оказывать влияние на аудиторию, большинство респондентов считают:

образность, с эффектом «попадания» («своя реклама», «зацепила»);

правдивость и реалистичность;
доступность, четкость, лаконичность (чтобы была простой и понятной);

эмоциональность (должны присутствовать позитивные моменты, чувство юмора, добра.

На вопрос о том, какой должна быть социальная реклама в сфере ВИЧ/СПИДа, самыми популярными ответами респондентов оказались:

мотивирующая использовать презерватив как способ защиты от заражения ВИЧ;

разрушающая мифы на счет людей, живущих с ВИЧ, направленная на их антидискриминацию;

объясняющая необходимость тестироваться на ВИЧ.

Только 2,5% опрошенных считают не эффективной социальную рекламу, размещенную на улицах города.

Блок ответов о тестировании показал важность и необходимость продолжения рекламной кампании. О том, где можно бесплатно и анонимно сдать тест на ВИЧ, не знают или затрудняются ответить почти 70% респондентов.

На вопрос о том, нужно ли тестироваться на ВИЧ, почти треть опрошенных (31%) считает, что им это не нужно, у 28% возникают мысли о тестировании в будущем, и только 16% регулярно сдают тест.

В апреле 2017 года на основе данных опроса разработаны и подготовлены новые макеты для наружной социальной рекламы, где визуальный ряд, способ подачи информации наиболее полно соответствует запросам молодежи, которая вступает во взрослую жизнь и нуждается в информации об эффективной профилактике ВИЧ-инфекции. Разработаны новые слоганы:

«Защити того, кого любишь», «Забота о совместном будущем – это просто», «Планы на день – планы на будущее».

Неизменный хештег #тестнабудущее направлен на формирование отношения к процедуре тестирования на ВИЧ-инфекцию, преодолевающего страх, непонимание или осуждение. Реклама призывает воспринимать тестирование, как важную для здоровья, не рутинную процедуру.

С начала проведения второго этапа кампании в период с 01.04.2017 года по 01.07.2017 года количество посещений на сайт увеличилось по сравнению с аналогичным периодом в 2016 году на **221,9%**. Из числа уникальных посетителей доля молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет составила **66,1%**. По статистическим данным НКО на **30%** увеличилось количество волонтеров среди людей молодого возраста, готовых принимать участие в профилактических мероприятиях и акциях по экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию.

За время проведения кампании поступили запросы на использование разработанных нами оригинал-макетов от Центров СПИД и общественных организаций других регионов России. Они были разрешены к использованию в рамках социальной рекламы и отправлены в города: Тверь, Екатеринбург, Красноярск, Рязань, Ростов, Якутск.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И ВЫБОР ПРИОРИТЕТОВ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Таенкова И.О., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А., Котова В.О.

*Научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии, г. Хабаровск*

В Хабаровском крае, как и в России, эпидемия ВИЧ-инфекции не ограничивается только группами риска, а выходит в общую популяцию. Нарастает доля полового пути передачи инфекции, идет феминизация эпидемического процесса, сохраняется устойчивая тенденция роста доли ВИЧ-инфицированных в более старшей возрастной группе. Для предотвращения распространения эпидемии ВИЧ-инфекции проводится широкомасштабная профилактическая работа.

Молодежь составляет 24,5% от всего населения края, это его трудовой и репродуктивный потенциал. Несмотря на уменьшение доли молодежи среди вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, в последние годы вызывает беспокойство нарастание мифов и фобий, связанных с риском заражения ВИЧ-инфекцией.

С целью изучения уровня информированности о здоровом образе жизни, об отношении к проблеме распространения ВИЧ-инфекции и возможном собственном риске заражения, а также для определения необходимых приоритетов профилактической работы нами проведен в 2016-2017 гг. экспресс-опрос среди подростков и студенческой молодежи Хабаровского края.

По специально разработанной анкете, включающей в себя 10 вопросов с тремя вариантами ответов на каждый, на анонимной основе в рамках проведения информационно-просветительской работы среди старшеклассников, учащихся начального профессионального образования и студенческой молодежи гг. Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре было опрошено 590 человек. Из них, учащиеся школ и профессиональных училищ – 228 чел., студенты вузов – 362 чел. Кроме того, проанализированы полученные результаты с данными аналогичных исследований 2008-2016 гг.

Средний возраст участников опроса составил $18,4 \pm 2,03$, из них юноши составили $39,9 \pm 2,57\%$, девушки – $60,1 \pm 2,56\%$.

Уровень информированности о проблеме достаточно удовлетворительный: 87,1% школьников и учащихся профессиональных училищ и 95,9% студентов знают о таком заболевании как ВИЧ/СПИД. Но на этом фоне мы зафиксировали склонность к рискованному поведению по ответам на утверждение «В жизни нужно попробовать всё!» (28,6 % респондентов выбрали вариант ответа «да»). К риску можно отнести и потребление алкоголя, наркотических веществ, под влиянием которых при половых контактах, как правило, не используются средства защиты. Так, до 18,4% опрошенных не относят пиво к алкогольным напиткам. Каждый третий участник опроса (30,04%) считает, что презервативы не защищают от ВИЧ-инфекции. За последние десятилетие более чем в два раза увеличилась доля опрошенных, допускающих передачу ВИЧ через укусы комаров (2008 г. – 11,8%; 2016 г. – 29,62%), а при совместном приеме пищи – в пять раз (2008 г. – 2,1%; 2016 г. – 16%). Уровень стра-

ха заразиться ВИЧ-инфекцией характеризуют ответы на предложенное утверждение «Я бы избегал людей, живущих с ВИЧ». Вариант ответа «да» выбрали 61% школьников и учащихся ПУ, 30,5% - студенты вузов.

Первичная профилактика – безальтернативный путь снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией, поэтому в системной информационно-просветительской работе нельзя снижать внимание к подрастающему поколению. Проводя разъяснительную работу, необходимо не только уделять внимание формированию навыков здорового образа жизни и семейных ценностей, толерантности к ВИЧ-инфицированным, отказу от рискованного поведения, но и в приоритетном порядке повышать знания молодежи о путях передачи ВИЧ-инфекции и необходимости регулярного тестирования.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ВПЕРВЫЕ ПОЛУЧИВШИХ ВААРТ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О.

*Иркутский государственный медицинский
университет, г. Иркутск*

Цель. Определение распространенности и типологии непсихотических психических расстройств (НППР), и их значения в приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в таковой.

Материалы и методы. Было проведено обследование 52 больных, госпитализированных в Иркутскую Областную Инфекционную Клиническую Больницу для назначения схемы ВААРТ. Выяснялись социально-демографические показатели, клинические и анамнестические данные по ВИЧ-инфекции и по НППР.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $32,9 \pm 0,78$ лет. Мужчин и женщин практически поровну – 54% и 46% соответственно. Среди пациентов был выявлен низкий образовательный уровень: 64% имели лишь школьное образование. 44% больных воспитывались в неполных семьях, 4% росли без родителей. У 46% пациентов наследственность была отягощена алкоголизмом отца, у 13,5% - алкоголизмом матери, в том числе у 6% (3 человека) – алкоголизмом обоих родителей. 21% обследованных подвергались физическому насилию, а 10% - сексуальному насилию в детском и подростковом возрасте. Инъекционный путь заражения был выявлен в 25 случаях (48%), половой – 21 случай (40,5%), парентеральный – 6 случаев (11,5%). Пациенты первой группы имели статистически больший промежуток между постановкой диагноза ВИЧ-инфекции и началом ВААРТ – 9,7 лет ($p < 0,01$) в сравнении с пациентами второй (3,6 лет) и третьей группы (5 лет), при отсутствии статистически значимых различий между группами 2 и 3. Между всеми тремя группами не было выявлено значимых различий в уровне CD4+ и вирусной нагрузке. 29 пациентов (55,7%) начали принимать ВААРТ впервые в стационарных условиях под наблюдением медперсонала в связи с прогрессированием ВИЧ-инфекции. Данная

группа была определена как «неприверженная», так как, по анамнестическим данным, пациентам этой группы ВААРТ была назначена ранее, но не была начата из-за различных причин, связанных с пациентом (нежелание или неготовность начать терапию). Другая группа пациентов – 23 человека (44,3%) были госпитализированы для изменения схемы ВААРТ в связи с прерыванием предыдущей попытки терапии. Эта группа была определена как «недостаточно приверженная», так как пациенты этой группы начали приём ВААРТ, но не соблюдали принципы терапии до конца, что в итоге приводило к краху терапии и развитию осложнений. Было выявлено, что в группе «неприверженных» анамнестически достоверно чаще встречалась эмоциональная депривация в родительской семье (100% случаев против 78%, $p < 0,05$) и сексуальное насилие в течение жизни (17,2% против 0%, $p < 0,05$). 26 пациентам (50%) ВААРТ была назначена в связи с развитием осложнений ВИЧ-инфекции (симптомное течение ВИЧ), остальным 50% - в связи с иммунологическими показателями (бессимптомное течение ВИЧ). Среди пациентов «бессимптомной» группы отмечались достоверно более низкие показатели по шкале OCD (навязчивости) SCL-90-R (0,48 против 0,78, $p < 0,05$) и более высокие баллы по шкале анозогнозии ТОБОЛ (14,5 против 7,6, $p < 0,05$), что говорит о более низком уровне субъективного психологического стресса. 19 лиц (36,5%) на момент обследования предъявляли жалобы к психиатру – на сниженное настроение, тревожность, затруднённое засыпание, неудовлетворенность взаимоотношениями в семье. Из 19 больных 8 (15,4% от всех) обращались по поводу перечисленных жалоб за психиатрической помощью амбулаторно. Пациенты, сообщившие о жалобах к психиатру на момент осмотра имели более высокие показатели по опроснику депрессии Бека (19,4 баллов против 12,4 баллов у остальных ($p < 0,05$), шкалам сензитивности, тревожности и фобий опросника качества жизни ВОЗ (модуль для психических расстройств) (0,8 против 0,46; 1,1 против 0,67; 0,7 против 0,25 соответственно, во всех случаях $p < 0,05$), а также количеству предъявляемых симптомов по тому же опроснику – 43,9 против 30 ($p < 0,05$), а также более низкие показатели по шкале лжи личностного опросника СМОЛ (45,5 против 50,9 ($p < 0,05$)).

Выводы.

4-я стадия ВИЧ-инфекции сопровождается рядом психических расстройств непсихотического уровня, таких как расстройства личности, аффективная патология и химические зависимости.

В анамнезе данный контингент имеет множественные неблагоприятные влияния в детско-подростково-юношеском возрасте. При этом эмоциональная депривация в детстве и сексуальное насилие в юношеском возрасте достоверно были связаны с меньшей приверженностью к ВААРТ в последующем.

3. Среди расстройств личности преобладает кластер В по DSM-V. В данной группе пациентов чаще встречаются женщины, не состоящие в стабильных семейных отношениях и имеющие половой путь заражения.

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРПИИ

*Бельгесов Н.В., Вильянинов В.Н., Тихменева И.Б.,
Малкова И.В., Белозеров Е.С., Калеко С.П.,
Романенко С.М., Щеглова И.В.*

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург*

Введение. Переливание крови и ее компонентов входит в перечень обязательных врачебных действий и является неотъемлемым элементом повседневной практики лечебных учреждений. Основные направления совершенствования специализированной медицинской помощи в неотложной хирургии, гематологии, онкологии, трансплантологии, кардиохирургии предусматривают массивную гемотрансфузионную терапию с целью профилактики и коррекции геморрагического, анемического и иммунодефицитного синдромов, возрастает потребность свежзамороженной плазмы и тромбоцитоконцентрата. Все это требует адекватного иммунологического обеспечения и оперативного решения вопросов профилактики гемотрансмиссивных инфекций. В настоящее время инфекционных агентов, передающихся с компонентами и препаратами крови, насчитывается более 140.

В соответствии с действующими требованиями обязательному лабораторному ИФА-исследованию подлежат кровь доноров на – ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис. С 2013 года – на ВИЧ, инфекционные гепатиты В и С, сифилис – обязательное дублирование методами NAT-тестирования (полимеразная цепная реакция). Предполагаем, что в ближайшее время перечень маркеров инфекций расширится, на наш взгляд, главным образом за счет группы простого герпеса, HTLV 1 и 2, Эпштейн-Барр, парвовирус В19 и других инфекционных агентов.

Цель работы. Проанализировать итоги работы лаборатории инфекционной иммунологии Центра (крови и тканей) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова по выявлению декретированных инфекций у доноров в период с 1993 по 2016 год.

В своей практической работе в различные годы применялись диагностические тест системы различных отечественных («Эколаб», «Вектор-Бест», «Авиценна», «Инвитролоджик», «Диагностические системы» и др.), иностранных («ORTHO RIBA», «BIO-RAD» др. производителей).

За указанный период обследовано 228 659 первичных доноров из которых 92% являлись военнослужащими в возрасте 18-35 лет, 8% - гражданские лица и доноры-родственники. Среди 208 кадровых доноров за период наблюдения маркеры указанных инфекций не выявлены.

Маркеры ВИЧ-инфекции выявлены в 2001 году у 10 доноров, с 2002 по 2013 гг. – по 1-2 случаев в год, 2014-2016 гг. – случаев выявления не было.

Маркеры гепатита В – процент выявления составлял от 1,0% до 1,2% в период с 1994 по 1998 гг. и в 2002 году. В другие годы процент колебался от 0,97% в 2001 г. до 0,07% в 2016 г.

Маркеры гепатита С – процент выявления у первичных доноров составлял от 1,4% до 2,6% в 1993-2001 гг., затем поступательно снижался до 0,03% в 2016 году.

Следует отметить, что впервые в нашей практике при отрицательных результатах в ИФА на тест-системе BIO-

RAD был получен положительный результат исследования ПЦР, то есть, нами выявлен донор еще до сероконверсии.

При обследовании на сифилис колебания составили от 0,15% до 0,25% и самый низкий показатель 0,13% - отмечен в 2016 году. Более высокие показатели отмечались в осенний и весенний периоды.

Выводы.

1. Значительное снижение случаев выявления гепатита В среди первичных доноров с 2001 года является следствием активного проведения вакцинации в масштабах страны.

2. Очевидное снижение показателей инфицирования среди военнослужащих связано с предварительным проведением обследования на ВИЧ, гепатиты В и С призывников на военную службу и абитуриентов военных училищ с 2000 года.

3. Существенный вклад в снижение показателей внесло улучшение социально-экономического состояния в стране.

4. В снижении показателей выявления декретированных инфекций у доноров большую роль играет оснащение лаборатории инфекционной иммунологии современным высокотехнологичным, автоматизированным оборудованием, а также снабжение иммунологическими, диагностическими препаратами последнего поколения.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МОЛОДЕЖИ О ВИЧ/СПИД

Хайдарова Ф.А.

*Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан*

Цель исследования. Изучение информированности молодежи относительно ВИЧ/СПИД и анализ профилактической работы врача общей практики в развитии защиты здоровья молодежи в семейной поликлинике.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в рамках оценки ситуации по распространению ВИЧ/СПИД среди молодежи на территории семейной поликлиники №4, приняло участие 550 молодых людей в возрасте 17-29 лет. Средний возраст опрошенных - 22 года, минимум - 17 лет, максимум - 29 лет. Проведено анкетирование среди молодежи для определения степени информированности о возможных путях заражения ВИЧ/СПИД. Анкеты в основном состояли из вопросов, освещающих знания молодежи об этой болезни, как передается, пути защиты от заражения и т.д. Также проведено анкетирование среди врачей общей практики, среди курсантов, обучающихся по системе подготовки врачей общей практики по определению информированности их о методах профилактики ВИЧ/СПИД среди молодежи. Анкеты состояли из 45 вопросов. Анкетировано 200 врачей. По итогам анкетирования был проведен статистический расчет путём обычной математической обработки полученных данных.

Результаты и обсуждение. Возраст опрошенных (респондентов) молодежи в среднем составил 20-22 года. По результатам анкетирования выяснилось, что в целом, информированность молодежи о путях передачи ВИЧ/СПИД достаточно высокая. 99% опрошенных отмечает половой путь передачи, 89% парентеральный (при ис-

пользовании инъекционного оборудования - переливание крови, неоднократное использование одноразовых шприцов и т.д.), 75% - вертикальный. Несмотря на значительную информированность молодежи о достоверных путях передачи ВИЧ, часть молодежи считает, что ВИЧ-инфекцией можно не заразиться, если они здоровые и сильные, а также 35% думают что, есть некоторые люди, которые имеют иммунитет к СПИДу. Молодежь дезориентирована в вопросе о помощи при инфекциях передающихся половым путем (ИППП, ВИЧ/СПИД). Так, например, при ответе на вопрос «Куда бы Вы обратились за лечением по поводу ВИЧ/СПИД», ответы были: в поликлинику 56%, в больницу 9%, в кожно-венерологический диспансер 43%, в частную клинику 6%, в Центр СПИДа 12%, не ответили на вопрос 4%. Необходимо провести большую работу врачам общей практики данной поликлиники не только в информировании молодежи о ВИЧ/СПИД, но и в организации медицинской помощи. По результатам анкетирования медработников выяснилось, что врачи общей практики не достаточно информированы о распространенности настоящего заболевания. 87% опрошенных врачей отметили, что они проводят просветительные мероприятия среди молодежи своего участка по ИППП/ВИЧ/СПИДу, но лишь 50% из них проводили беседы непосредственно с молодежью, их родителями, раздавали буклеты, брошюры, показывали им фильмы и т.д. Несмотря на высокий процент (87% опрошенных проводят просветительные работы с молодежью) проводимых профилактических работ, 82% опрошенных врачей не проверяли молодежь своего участка (возраст 18-29 лет) на ВИЧ/ИППП. 63% опрошенных врачей считают, что в областном/республиканском масштабе ведётся работа по профилактике ИППП/СПИДа, не считают - 9%, не знают - 28%.

Таким образом, можно сказать, что врачи общей практики, несмотря на достаточную осведомленность и эпидемиологическую ситуацию в стране и в мире, не проводят профилактические работы по ИППП/ВИЧ/СПИД на должном уровне не только среди молодежи, но и среди инфицированных.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2016 ГОДУ

Довгополюк Е.С., Левахина Л.И., Тюменцев А.Т.

Научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций,

Сибирский федеральный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Омск

Цель. Провести оценку эффективности профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции и результатов диспансеризации ВИЧ-инфицированных беременных женщин, анализа заболеваемости и исходов беременности, а также эффективность химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции на территории Сибирского Федерального округа (СФО) в 2016 году.

Материалы и методы. Материалом для исследования являлись отчеты территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИД Сибирского федерального округа и учетные формы на детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (донесения о новорожденных,

донесения о снятии с диспансерного наблюдения, донесения о подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции) в течение 2016 года.

Результаты и обсуждение. В Сибирском федеральном округе (СФО) в 2016 году по данным региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД зарегистрировано 26 235 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости населения СФО составил 135,8 на 100 тыс. населения против 138,5 в 2015г. Среднемесячное число выявленных ВИЧ-позитивных лиц составило 2 190 человек.

Общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на 01.01.2017 г. составило 235 430 человек, что соответствует 21,1% от всех выявленных лиц с ВИЧ в Российской Федерации. Кумулятивный показатель пораженности ВИЧ-инфекцией в СФО достиг 1 218,6 на 100 тыс. населения.

Как и в предыдущие годы регистрации, заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2016 г. характеризовалась неравномерным распределением по территории СФО. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в Кемеровской (231,5), Иркутской (163,5) областях, Красноярском крае (144,3) и Новосибирской и Томской областях (140,0 и 139,0 соответственно).

Среди выявленных ВИЧ-инфицированных преобладали лица мужского пола – 61,3% (62,4% в 2015 г.); на долю городских жителей приходилось 75,5%. Основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в СФО в 2016 году являлись незащищенные половые контакты среди различных контингентов населения. Половой путь заражения установлен в 56,5% случаев (в 2015 г. – 50,1%). Женщины инфицировались преимущественно половым путем (57,8%). До 2015 г. парентеральный путь заражения в СФО, как и РФ, доминировал, но в 2015 г. он составил 48,7%, а в 2016 году – 42,2%. В 2016 г. в СФО наибольшая доля парентерального пути заражения выявлена в Республике Хакасия (57,8%), Алтайском крае (51,8%), Новосибирской области (53,8%), а в Республике Тыва парентеральный путь не установлен. Среди мужчин, выявленных в 2016 г., доля ВИЧ-инфицированных при употреблении инъекционных наркотиков составила 83,6%.

Активизация полового пути передачи является адекватным подтверждением увеличения числа ВИЧ-инфицированных беременных. В Сибирском федеральном округе сохраняется тенденция к дальнейшему росту выявления беременных женщин с ВИЧ-инфекцией. Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных среди беременных в общей популяции составил в 2016 году 1,2% (в 2012 г. – 0,57%). Доля женщин среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных граждан в 2016 году составила 38,6%.

За весь период эпидемии к 01.01.2017 г. в СФО зарегистрировано 43 647 ВИЧ-инфицированных женщин, имевших беременности, которые закончились родами в 73,6% случаев. В 2016 г. беременность завершилась родами у 72,3% ВИЧ-инфицированных женщин. На 01.01.2017 года на территории СФО от ВИЧ-инфицированных женщин родилось 32 252 ребенка, диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден 2 302 детям (7,1%).

Количество детей, ежегодно рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, за период с 2008 по 2016 г.

в СФО увеличилось в 2,4 раза, в том числе: в Омской области - в 7,5 раза в Томской области - в 5,7 раз, в Новосибирской области - в 4,3 раза, в Республике Хакасия и Кемеровской области - в 3,3 раза.

Из рожденных детей от ВИЧ-инфицированных матерей в 2016 г. к 01.01.2017 г. умерло 22 ребенка (0,6%). Диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден 88 детям (2,3%).

Рождению здорового ребенка способствует обязательное диспансерное наблюдение (ДН) и правильное ведение беременной женщины с ВИЧ-инфекцией, которое является гарантией проведения всех необходимых профилактических мероприятий. В 2016 году в СФО 91,3% родивших ВИЧ-инфицированных женщин состояли на диспансерном учете в женских консультациях. Подавляющее большинство женщин встали на ДН в женских консультациях до 23 недели беременности, из них 50,3% до 12 недельного срока беременности.

При анализе данных возрастной структуры родивших ВИЧ-инфицированных женщин установлено: 79,8% беременных женщин с ВИЧ-инфекцией находились в возрастной группе 22–35 лет, где доминирующим является возраст 26–30 лет (35,2%). Доля несовершеннолетних матерей среди родивших ВИЧ-инфицированных женщин составила 0,9%.

В 2016 году доля беременных женщин, которым диагноз «ВИЧ-инфекция» был установлен до наступления беременности составила 61,4%; во время беременности – 34,5%; доля женщин, впервые узнавших о диагнозе «ВИЧ-инфекция» во время родов и после них, составила 1,9% и 2,2% соответственно.

Антиретровирусная терапия беременным женщинам (АРВТ) с ВИЧ-инфекцией в 2016 г. в большинстве случаев (57,2%) назначалась с 14 по 20 неделю беременности, что на 8,3% больше, чем в 2015 г. Доля женщин, которым была назначена АРВТ до 13 недель беременности составила 9,8%. В 2016 г. прослеживается тенденция к снижению назначения АРВТ на поздних сроках беременности (более 33 недели беременности), данный показатель составил 6,4%.

Комбинированная схема АРВТ, применяемая для профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, беременным женщинам, в 2016 г. составила 100,0%. АРВТ назначалась по схемам высокоактивной антиретровирусной терапии, то есть она включала не менее трех антиретровирусных препаратов: два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) с ингибитором протеазы (ИП), либо нуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИОТ). При поступлении на роды и во время родов в подавляющем большинстве применялся зидовудин внутривенно, и его доля в 2016 г. составила 95,6%, назначение комбинированных схем (включая ВААРТ) составило 3,4%, невирапин (NVP) применялся в 1,0% случаев.

Для проведения химиопрофилактики новорожденным в 2016 г. использовались препараты: зидовудин (ZDV, AZT), невирапин (NVP), ламивудин (ЗТС), в виде раствора для приема внутрь (сироп). Во всех случаях химиопрофилактика назначалась детям в возрасте не более 72 часов (трех суток) жизни. Длительность приема лекарственных форм индивидуальная, в зависимости от длительности приема антиретровирусных препаратов (АРВП) женщиной и уровня вирусной нагрузки у нее перед родами.

Выводы. Из общего количества детей, рожденных в 2016 г. от ВИЧ-позитивных матерей диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден 88 детям (2,3%). Показатель вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку по регионам колеблется от 1,1% до 6,1% в зависимости от полноты комплекса осуществляемых мер профилактики.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМФОТЕРИЦИНОМ В КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Шеломов А.С., Дунаева Н.В., Смирнова Н.Л.,
Леонова О.Н., Гусев Д.А.*

*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и
инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург*

Острое повреждение почек (ОПП) – это быстрое развитие дисфункции органа в результате непосредственного воздействия ренальных или экстраренальных повреждающих факторов. Условно было принято, что появление острой дисфункции почек должно происходить в срок до семи суток от момента воздействия неблагоприятного фактора.

Пациент К., 36 лет. ВИЧ – инфекция с 2012 года, хронический гепатит С (ХГС) с 2005 г. Противовирусной терапии ХГС не получал. Путь заражения – парентеральный (в/в употребление психоактивных веществ), ремиссия в течение 7 лет. В Центре наблюдается с марта 2015 г., на момент обращения в Центр, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ (2009) 83 мл/мин (креатинин 102 мкмоль/л), уровень мочевины, общий анализ мочи в норме. С ноября 2015 года начал прием высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) по схеме: ламивудин/зидовудин 300/600 + лопинавир/ритонавир 800/200 в сутки; через 6 месяцев в связи с цитолитическим синдромом проведена замена схемы ВААРТ на ламивудин 300 + абакавир 600 + атазанавир 400. После начала ВААРТ СКФ постоянно выше 100 мл/мин.

В марте 2017 года госпитализирован в стационар Центра СПИД с подозрением на криптококковый менингит (слабость, повышенная утомляемость, выраженные головные боли с нарастанием в динамике, повышение артериального давления (АД) до 200/110 мм. рт. ст.). Уровень CD4 – 29%, 583 кл/мкл; ПЦР ВИЧ в плазме крови – менее 40 коп/мл; ПЦР HCV 674850 МЕ/мл. В клиническом анализе крови, биохимическом анализе крови, общем анализе мочи без особенностей (за исключением повышения непрямого билирубина). В связи с выявленной мочекаменной болезнью (конкременты обеих почек (от 3 до 6 мм в диаметре) по данным УЗИ) и непрямой гипербилирубинемией проведена замена атазанавира на невирапин 200→400. Назначен амлодипин 5 мг/сут для коррекции АД. Выполнена люмбальная пункция: цитоз – 2/3, белок – 0,34 г/л, сахар – 5,06 ммоль/л, единичные криптококки. Пациенту назначен препарат амфотерицин В в/в в дозе 50 000 ЕД/сут. На старте терапии уровень креатинина составил 81,4 мкмоль/л, мочевины 5,92 ммоль/л, калия 3,43 ммоль/л, диурез адекватный, анализ мочи без патологии. На 4-й день терапии амфотерицином уровень креатинина вырос до 130 мкмоль/л (прирост >1,5 раза), мочевины

до 7,8 ммоль/л, снизился диурез до уровня олигоурии, в моче отмечена протеинурия до 1,0 г/л и эритроцитурия (эритроциты покрывали все поля зрения). Состояние расценено как ухудшение хр. пиелонефрита и назначен азитромицин 1,0 гр/сут на 5 дней. Амфотерицин В отменён в связи с нефротоксичностью на 7-й день терапии. Далее динамика креатинина была следующей: 3-й день после отмены амфотерицина и последний (5-й) день азитромицина (уровень креатинина продолжил нарастать и составил 268 мкмоль/л, мочевины 8,52 ммоль/л, калий 4,31 ммоль/л), при этом фиксировалась полиурия до 2720 мл/сут → 4-й день после отмены амфотерицина и 1-ый после отмены азитромицина (248 мкмоль/л), полиурия до 3200 мл/сут → 6-й день (178 мкмоль/л) → 11й день (151 мкмоль/л), диурез 2900 → 16й день (146 мкмоль/л), диурез нормализовался. На 16й день лечение пациента было продолжено препаратом флюконазол 400 мг в сут в/в.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии с положительной динамикой: креатинин при выписке (26-й день отмены амфотерицина) 139 мкмоль/л, уровень калия и общий анализ мочи в норме. Следует отметить, что в ходе терапии корректировалась доза ламивудина по уровню СКФ.

Таким образом, у пациента с ВИЧ-инфекцией развился криптококковый менингит, терапия которого амфотерицином В осложнилась развитием ОПП, интерпретированной первоначально как хр.пиелонефрит, в следствие чего пациент получил курс азитромицина, усиливший проявления ОПП. После прекращения токсического воздействия отмечена положительная динамика.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. ПЕТРОЗАВОДСКА

Горанская С.В.¹, Рожкова И.И.²

¹ *Петрозаводский государственный университет,*

² *Республиканская инфекционная больница, г.*

Петрозаводск

В связи с увеличением числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных в возрасте от 20 до 29 лет в РФ остро встает вопрос о проведении результативной первичной профилактики ВИЧ среди учащихся образовательных учреждений. Основная возрастная группа ВИЧ-инфицированных в Республике Карелия (РК) – это лица возраста 20 – 29 лет. На 01.06.2017 г. она составила 45,5% среди всех выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов. В связи с этим именно учащиеся школ являются основой для обучения предупреждения заражения ВИЧ, которая даст возможность уменьшить риски инфицирования в более старшем возрасте.

Цель. Снизить риски инфицирования ВИЧ подростков через профилактическую работу в образовательных учреждениях и оценить ее результативность.

Материалы и методы: с целью изучения информированности о ВИЧ-инфекции обучающихся 9-11 классов г. Петрозаводска было проведено добровольное анонимное анкетирование в школах города в период с 1995 г. по 2016 г. Обработка полученных данных была проведена

при помощи программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Профилактическая программа в школах проводится через учебную дисциплину «Основы безопасности жизнедеятельности», классные часы, акции и волонтерскую деятельность. Анализ полученных данных показал, что источниками получения информации о ВИЧ являются Интернет, школа, друзья, СМИ и родители. С 2005 г. Интернет занимает 1 место как источник получения информации. За последние 8 лет значительно увеличилась роль школы в получении информации о ВИЧ, а за последние 5 лет – роль родителей. В результате опросов было установлено, что, если в 2002 г. количество подростков, вступающих в половые контакты, составило 37%, то в 2006 г. – 52%, а 2015 г. – 68%. Учитывая такое значительное увеличение количества обучающихся, вступающих в половые контакты, в анкетирование с 2005 г. были включены вопросы, касающиеся безопасного секса. За последние пять лет число учащихся, правильно отвечавших на вопросы о путях передачи ВИЧ-инфекции, возросло с 34% до 78%, а, о том, что презерватив защищает от ВИЧ – до 80%. При обработке анкет было отмечено, что использование презерватива из года в год увеличивается. Если в 1995 г. использовали презерватив лишь 12% подростков, то в 2005 г. – 58%, 2012 г. – 74%, 2015 г. – 78%. Тем не менее, покупка презерватива вызывает смущение у каждого третьего опрошенного, обсуждение использования презерватива с сексуальным партнером – у каждого четвертого подростка. Ежегодно полученные данные при проведении анкетирования используются для более эффективной профилактической работы с обучающимися, их родителями, при проведении обучающих семинаров с педагогами. Оценить эффективность работы по профилактике заражения ВИЧ среди подростков в РК, позволяют цифры официальной статистики – начиная с 2011 г. идет снижение вновь выявленных ВИЧ-инфицированных среди данной возрастной группы (2011 г. – 44,2%; 2016 г. – 19,4%).

Выводы. Информационную профилактическую работу среди подростков школ г. Петрозаводска, согласно проведенным социологическим исследованиям, следует рассматривать как эффективную, что подтверждается менее рискованным поведением обучающихся и формированием у них установки на безопасное поведение.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ СИФИЛИСА В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Пирятинская А.Б., Смирнова Т.С., Дудко В.Ю., Пулькова Е.П., Гайворонская О.В., Смирнова Н.В., Агабаева Ж.А., Козминский Е.Б.

Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

Между сифилисом и ВИЧ-инфекцией есть немало общего. Это пути передачи, длительный скрытый период и неэффективная реакция иммунитета на оба возбудителя. Нет ничего удивительного в том, что доля случаев сочетания двух инфекций у больных сифилисом достигает 30%. Коинфекция может протекать не так, как изолированные заболевания. Бывает более активный ВИЧ или сифилис, симптомы которого сильно отличаются

от классического варианта. Одновременное инфицирование бледной трепонемой и ВИЧ необходимо расценивать как микст-инфекцию двумя тяжелыми инфекциями. Могут быть 2 категории пациентов. В одном случае симптомы сифилиса у ВИЧ пациентов полностью соответствуют обычному течению болезни. В другом – клиника утяжеляется, приобретая «злокачественное» течение в форме вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек, характеризующегося выраженными симптомами интоксикации, пустулезными сифилидами. Нейросифилис может являться одним из проявлений (маркером) ВИЧ инфекции.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения, диагностики и ведения пациентов с ранними формами сифилиса, особенно в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В нашу исследуемую группу вошли 66 пациентов, поступивших на 4 венерологическое отделение с ранними формами сифилиса, получившие лечение в первом полугодии 2017 года. Больные в количестве 60 человек (90,9%), были с клиническими проявлениями и 6 пациентов (9,1%) с ранним скрытым сифилисом. Клинические проявления были представлены полиморфизмом специфических высыпаний, преобладало сочетание розеолезных и папулезных элементов. У 2-х пациентов розеола помимо локализации на коже туловища располагалась на лице, что является крайне редким проявлением. Именно у этих пациентов впервые на нашем отделении была выявлена положительная Ф-50. Опасным в эпидемиологическом отношении является проявление сифилиса в виде папулезных высыпаний, особенно эрозивных, на слизистых оболочках полости рта и половых органов (82,6%). Частым проявлением сифилитической инфекции в современных условиях является локализация папул на коже ладоней и подошв (54%) и крайне редко наблюдалась сифилитическая лейкодерма (1%).

Для диагностики сифилиса были использованы – серологические специфические тесты (РПМ, ИФА с определением коэффициента позитивности и титров IgG и IgM, РПГА, РИФАбс, РИФ200 и РИФц (в сыворотке крови и ликворе)).

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям РОДК от 2016 года – всем 66 пациентам из исследуемой группы было предложено выполнение исследования спинномозговой жидкости. Прошли данное исследование 50 (75,7%) пациентов, у 100% из них на основании патологических изменений в ликворе (высокий цитоз от 159 до 323 клеток, преимущественно лимфоцитов, высокий уровень белка, положительные РИФц, РПГА, ИФА) был установлен диагноз ранний нейросифилис (асимптомный менингит).

Особая группа была представлена 46 пациентами (из общей группы – 60 человек), которые имели гомосексуальные контакты (69,6%) и некоторые из них указывали до 25-100 партнеров в год. У 9 пациентов из них была диагностирована реинфекция, что составило 18%.

Обращал на себя внимание тот факт, что 44 пациента (66,6%) наблюдались в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, из них 32 человека (72,7%) имели гомосексуальные отношения, 10 пациентов (22,7%) получали антиретровирусную те-

рапию (АРВТ) по поводу СПИДА. Кожные проявления были представлены кандидозной молочницей и волосатой лейкоплакией слизистой оболочки полости рта у 4 пациентов. При обследовании больных на отделении у 3 больных впервые выявлена положительная форма-50.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам, проведена специфическая терапия в полном объеме, согласно Федеральным клиническим рекомендациям РОДК от 2016. После прохождения курса специфической терапии 3 больных с положительной формой-50 были отправлены на дообследование в Центр по борьбе с ВИЧ-инфекцией и инфекционными заболеваниями.

Таким образом, в результате проведенного анализа клинко-эпидемиологического изучения современного течения сифилиса следует согласно Федеральным клиническим рекомендациям РОВиК от 2016г. направлять пациентов вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек на стационарное лечение и проведения исследования ликвора. Необходимо расширить обследование населения на сифилис и ВИЧ-инфекцию, проводить профилактические мероприятия среди молодежи.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К БАРЬЕРНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Смольников В.В.

Краевой центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Красноярск

В Красноярском крае на 01.01.17 г. 252 человека получили диагноз ВИЧ будучи студентами. С 2015 года заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличилась среди студентов ВУЗов на 7%.

Цель данного исследования: определить уровень приверженности студентов ВУЗов к барьерной контрацепции (презервативы) и влияние увеличения цены презерватива на пользователей.

Материалы и методы. В период с мая по июнь 2017 года на базе ВУЗов города Красноярска (Сибирский Федеральный Университет, Красноярский государственный педагогический университет, Красноярский государственный институт искусств) был проведен социологический опрос. В анкетировании приняли участие 259 человек: 87 юношей и 172 девушки в возрасте от 17 до 26 лет.

Результаты и обсуждение. Данные исследования показали, что средний возраст опрошиваемых составил 20 лет. Количество половых партнеров за последние 12 месяцев у 29% (49 человек) девушек по 1 половому партнеру, у 19% (17 человек) юношей по 2 партнёра. О наличии постоянного полового партнера указали 29% (49 человек) девушек и 12% (11 человек) юношей, что на 16% меньше, чем у девушек. Не имели половых партнеров за последние 12 месяцев 32% (54 человек) девушек и 12% (14 человек) юношей. Вместе с тем 33,2% (29 человек) юношей имеют в год от трех и более половых партнеров. Указали на эту тенденцию иметь от двух и более партнеров в год 9,5% девушек (16 человек).

Средства контрацепции постоянно используют 51% (69 человек) девушек и 43% (38 человек) юношей. Не всегда используют презервативы 28% (39 человек) девушек, а 26% (23 человека) юношей используют презервативы, если они есть в наличии. Причем 66% (50 человек)

юношей покупают презервативы сами. 77% (103 человека) девушек при вступлении в сексуальные контакты в выборе презерватива полагаются на партнера. Предпочитаемое место покупки и у юношей, и у девушек аптеки. Предпочитаемая марка презервативов *durex*, все респонденты отмечают соотношение цены и качества, удобство.

Выяснилось также, что большинство респондентов пользуются презервативами больше года: 66% (46 человек) юношей и 59% (63 человека) девушек. Несмотря на увеличение стоимости презервативов 86,5% респондентов продолжают пользоваться прежней маркой. Продолжают покупать нужное количество презервативов 60% (18 человек) юношей и 83% (39 человек) девушек.

Выводы.

1. Несмотря на увеличение стоимости презервативов, студенты продолжают использовать презервативы в прежнем объеме и в большинстве случаев продолжают использовать проверенные марки.

2. 49% респондентов не всегда пользуются презервативами или пользуются только когда есть в наличии.

3. Так как большинство юношей отмечают, что используют презервативы только когда они есть в наличии и процент постоянных партнеров у опрошенных небольшой стоит прививать важность барьерной контрацепции у студентов ВУЗов.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Шешина Р.М., Фролова В.А., Болбатова Е.И.

Краевой центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Красноярск

Цель данного исследования: определить уровень информированности населения по вопросам ВИЧ/СПИД для последующей корректировки профилактических мероприятий на территории Красноярского края.

В качестве материалов используются анкеты от 320 человек, жителей г. Красноярск. В опросе приняли участие 232 (72,5%) женщины и 88 (27,5%) мужчин. Возраст респондентов от 18 до 65 лет.

Актуальность проблемы. В Красноярском крае на 01.01. 2017 зарегистрирован 30761 случай заражения ВИЧ-инфекцией, их них 15810 приходится на Красноярск (показатель заболеваемости 1501,1 на 100 тыс. населения), что составляет 51,4% всех случаев, зарегистрированных в крае.

На сегодня данные статистики свидетельствуют о том, что продолжается снижение количества выявленных ВИЧ-позитивных среди молодых людей от 15-30 лет: 2015 год - 28,4%, 2016 год - 26,9%, 6 месяцев 2017 - 23,9%. Вместе с тем наблюдается увеличение доли ВИЧ+ в возрастной группе от 30 до 50 лет: 2015 г. - 67,5%, 2016 год - 67,7%, 6 месяцев 2017г. - 70,5%.

Результаты опроса показали, что 82% респондентов правильно отвечают на вопросы, касающиеся основных путей заражения ВИЧ-инфекцией. В то же время данное анкетирование показало, что у красноярцев продолжают сохраняться мифы. 35 % считают, что можно заразиться ВИЧ от укуса комара. А 12 % респондентов имеют стойкое убеждение, что можно заразиться ВИЧ, если прини-

мать пищу вместе с ВИЧ-инфицированными людьми.

Интересные и закономерные данные (в этом направлении мы ведем целенаправленную и системную профилактическую кампанию на протяжении 10 лет) получены на вопрос «Как влияют знания о ВИЧ/СПИДе на поведение?» 89 % из числа опрошенных согласились с тем, что половые контакты с одним не инфицированным партнером снижают риск передачи ВИЧ-инфекции, а также считают, что одной из основных форм безопасного поведения является использование презерватива. 37,8% респондентов за последние 12 месяцев обследовались на ВИЧ-инфекцию, в то же время 24% опрошенных не знают, где можно обследоваться на ВИЧ-инфекцию.

Данное анкетирование показало, что красноярцы используют разные источники информации по вопросам ВИЧ/СПИД. За последний год на телевидении видели профилактические программы по ВИЧ/СПИД 58,2% горожан, в интернет (56,8%), на семинарах и массовых акциях (36,6%), с помощью наружной рекламы узнавали о профилактике (31,2%). 12,1% от числа опрошенных отметили, что вообще не встречали информации по вопросам ВИЧ/СПИД за последний год.

Данное исследование показало также, что лишь 29,7 % респондентов считают, что знают достаточно по теме: «Профилактика ВИЧ/СПИД» и в дополнительной информации не нуждаются.

В результате анкетирования выяснилось, что информацию о проводимых мероприятиях по профилактике ВИЧ респонденты получают через телевидение (32%), интернет (32,8%), наружную рекламу (15,9%), радио (5,9%). И лишь 5,6% опрошенных отметили, что не встречали информации о мероприятиях по профилактике ВИЧ/СПИД за последние полгода.

Выводы.

Продолжить информирование населения по тактикам безопасного поведения и развенчанию мифов в теме ВИЧ/СПИД.

Продолжить информирование населения о необходимости регулярного обследования на ВИЧ-инфекцию с перечнем учреждений, где возможно это сделать.

Для повышения уровня информированности населения необходимо постоянно использовать востребованные населением города Красноярска источники информации: телевидение, интернет, проводить семинары на рабочих местах.

НЕФРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Пономарева Е.Ю.¹, Лукьянова Л.Ю.²,

Ландфанг С.В.²

¹ *Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,*

² *Областная клиническая больница, г. Саратов*

Введение. Поражение почек, ассоциированное с ВИЧ-инфекцией, различается по клинко-морфологическим вариантам и тяжести, может вызывать диагностические трудности, маскируясь под первичную патологию почек или системное заболевание. В терапии нефропатии, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, обязательно использование антиретровирусных препаратов.

Цель исследования. Изучить частоту и клинко-лабораторные проявления нефропатии у пациентов с ВИЧ-

инфекцией, госпитализированных в терапевтические отделения стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 142-х пациентов (78 мужчин, 64 женщины в возрасте $39,74 \pm 7,53$ лет) с диагнозом ВИЧ-инфекции в стадии/СПИД, госпитализированных в отделения терапевтического профиля ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова с различными направляемыми диагнозами. У 80-ти больных (56%) диагноз был установлен впервые при обследовании в стационаре, остальные находились на диспансерном учете по поводу ВИЧ/СПИДа; антиретровирусную терапию (ВААРТ) получали 18 (13%) пациентов. Всем больным проведено стандартное клиничко-инструментальное обследование в соответствии с диагнозами, а также методом иммуноферментного анализа и иммуноблоттинга для определения антител к ВИЧ.

Результаты и обсуждение. Мочевой синдром отмечен у 60-ти (42%) из 142-х обследованных пациентов; протеинурия выявлена у 36-ти (25%) пациентов, гематурия – у 43-х (30%) больных. Нарушение функции почек (от транзиторного до стойкого) диагностировано у 51-го (36%) пациента. Систолическая артериальная гипертензия выявлена у 18-ти (13%) больных, однако лишь у 5-ти пациентов имелась отчетливая клиничко-anamnestическая взаимосвязь этого синдрома с нефропатией. Из прочих висцеропатий, характеризующих ВИЧ-инфекцию в стадии СПИД, поражение легких выявлено у 85 (59%) больных, орофарингеальный кандидоз – у 34-х (24%). Чаще всего поражение почек отмечалось у пациентов нефрологического (в 100%) и ревматологического (64%) отделений соматического стационара.

У 17-ти (12%) пациентов поражение почек доминировало в клинической симптоматике, что послужило основанием для госпитализации в специализированное нефрологическое отделение. Нефротический синдром (НС) выявлен у 7-ми пациентов, макрогематурия – у 3-х, нефритический синдром – у 1-го, острое почечное повреждение – у 5-ти, легочно-почечный синдром – у 2-х пациентов. Практически у всех пациентов нефрологического отделения первоначально диагностированы другие заболевания почек, особые дифференциально-диагностические сложности вызывало наличие НС, ассоциированного с ВИЧ/СПИДом. Терапия глюкокортикоидами у всех пациентов с НС оказалась неэффективной, напротив, существенная положительная динамика (снижение протеинурии, уменьшение отеков) отмечена у 3-х больных с началом антиретровирусной терапии, степень азотемии уменьшилась у 2-х пациентов. Не удалось выявить статистически значимой взаимосвязи между нефропатией у обследованных пациентов и величиной вирусной нагрузки, уровнем CD4-лимфоцитов.

Выводы. Подтверждены значительная частота и разнообразие нефропатии при ВИЧ-инфекции (от субклинических форм в виде изолированного мочевого синдрома до нефротического синдрома, нарушения почечных функций). Своевременная диагностика и назначение ВААРТ может приводить к обратному развитию клиничко-лабораторных проявлений нефропатии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ УПРОЩЕННЫХ РЕЖИМОВ АРВТ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ СУПРЕССИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Браткова В.В.¹, Сизова Н.В.^{1,2}, Клиценко О.А.³, Кравченко А.В.⁴, Гусев Д.А.¹

¹ Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург,

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург,

³ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴ Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности режимов моно- и дитерапии через 48 недель после перевода с тритерапии у ВИЧ-инфицированных пациентов с вирусологической супрессией в реальной клинической практике.

Материалы и методы. С использованием описательной статистики произведен ретроспективный анализ 98-ми амбулаторных карт пациентов с ВИЧ-инфекцией, наблюдающихся в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Критериями отбора пациентов являлись: возраст более 18-ти лет, получение стандартной АРВТ, вирусологическая супрессия (ВН ВИЧ менее 50 коп/мл) в течение 6 и более месяцев. Был произведен анализ следующих данных: пол, возраст, стадия ВИЧ-инфекции, наличие сопутствующих заболеваний, уровни CD4, текущая схема АРВТ, схемы моно- и дитерапии и причины переключения на них, а также оценка данных на 48 неделе применения упрощенных режимов. Оценивалась доля пациентов с ВН ВИЧ менее 50 коп/мл, иммунологическая эффективность и безопасность на 48 неделе лечения.

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 98 пациентов (мужчин 23,5%), средний возраст 35,5 лет, наличие хронического вирусного гепатита (хронического вирусного гепатита В и/или С, хронического вирусного неverifiedированного гепатита) в качестве сопутствующей патологии – в 34,7% случаев. Среднее количество CD4 на момент начала исследования – 704,56 кл/мкл. Причинами перевода пациентов на режимы моно- и дитерапии являлись профилактика долгосрочной токсичности (44,9%), упрощение схемы АРВТ для удобства пациента и повышения приверженности (35,71%), нежелательные явления на НИОТ (19,39%). Схемами моно- и дитерапии являлись: лопинавир/ритонавир (45,92%), лопинавир/ритонавир + ламивудин (36,73%), дарунавир 800 + ритонавир (13,27%), дарунавир 600 + ритонавир (2,04%), атазанавир 300 + ритонавир (2,04%). Всего вышло из режимов моно- и дитерапии до 48 недели 16,32% пациентов, потери для наблюдения в связи с самостоятельным прерыванием АРВТ 4,08% пациентов. Выбыли из исследования по причине беременности 2,04%. К 48 неделе продолжали получать ВААРТ в режиме моно- и дитерапии 83,68% пациентов. Из них ВН менее 50 коп/мл наблюдалась у 90,2% пациентов. Из

общего числа пациентов, включенных в исследование, к неделе 48 продолжали АРВТ в упрощенном режиме с вирусологической эффективностью 75,5% пациентов. Среднее количество СД4 на неделе 48 - 785,64 кл/мкл. Никаких серьезных побочных эффектов за период исследования не отмечалось.

Выводы. Через 48 недель лечения в режимах моно- и дитерапии вирусологическая эффективность сохранялась у 75,5% пациентов, был отмечен хороший профиль безопасности, отсутствие серьезных нежелательных явлений, а также экономическая целесообразность.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ

Макарова В.И., Попенко С.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Оценить эпидемическую ситуацию ВИЧ-инфекции в Украине.

Материалы и методы. На основании официальных данных проведен ретроспективный анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Украине в 2016 – 2017 гг.

Результаты исследования. В настоящее время в Украине количество людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), составляет 174 144, из них 135 414 – ВИЧ-инфицированных, 38 730 – больных СПИДом, показатель распространенности равен соответственно 319,5 и 91,3 на 100 тыс. населения. Наблюдается тенденция к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Так, в 2016 г. в Украине было зарегистрировано 17 066 ВИЧ-инфицированных, что на 7,5 % больше по сравнению с 2015 г., интенсивный (инт.) показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил соответственно в 2016 г. и 2015 г. 40,0 и 37,0. Также в 2016 г. по сравнению с предыдущим годом увеличилось на 4,5 % количество случаев СПИДа – в 2015 году было зарегистрировано 8468 больных, инт. показатель составил 19,8 на 100 тыс. населения, а в 2016 году СПИД был диагностирован у 8852 пациентов, инт. показатель был равен 20,7 на 100 тыс. населения. Следует отметить увеличение случаев смерти от болезней, обусловленных СПИД в 2016 г. по сравнению с 2015 г. на 7,3 %, в 2015 г. показатель смертности составлял 7,1 на 100 тыс. населения, а в 2016 г. - 7,6 на 100 тыс. населения. Среди умерших в 2016 году, 42 % являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), также установлено преобладание умерших мужчин, удельный вес которых составил 63,3 % против 36,4 % женщин. Анализ причин смерти ЛЖВ выявил, что 63 % случаев смерти связаны с ВИЧ-инфекцией, наиболее частой причиной является ко-инфекция туберкулеза, от которой в 2016 году в Украине умерло 52 % ЛЖВ.

За период с января по май 2017 года в Украине выявлено 7490 случаев ВИЧ-инфекции, 4014 случаев СПИД и 1277 случаев смерти от СПИД. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией обусловлена взрослым населением, их долевое участие составляет 85,3 %, а удельный вес детей с учетом тех, у кого еще не установлен ВИЧ-статус, равен 14,7 %.

Анализ территориального распространения ВИЧ-инфекции установил, что в 2016 году 60 % ЛЖВ проживали в юго-восточных регионах Украины. Данные обла-

сти являются промышленными с большим количеством учебных заведений и высокой концентрацией населения, что может влиять на уровень распространенности данной инфекционной патологии.

При анализе структуры путей передачи возбудителя ВИЧ-инфекции установлено, что лидирующую позицию занимает половой путь с тенденцией к росту, удельный вес которого в 2016 году в Украине был равен 61,6 % против 59,0 % в 2015 г., долевое участие парентерального пути передачи составило 21,8 %, вертикальная передача возбудителя зарегистрирована у 16,6 % инфицированных. За 5 месяцев 2017 года инфицирование половым путем выявлено в 63,7 % случаев, парентеральным, а именно, при инъекционной наркомании, - в 21,7 %, 14,5 % составили дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, в 0,1 % не удалось установить пути и факторы передачи возбудителя.

Выводы. Проведенный анализ установил, что ВИЧ-инфекция является актуальной для населения Украины, для стабилизации напряженной эпидемической ситуации необходимо усовершенствование системы выявления и регистрации ВИЧ-инфицированных не только в группах поведенческого риска, но и во всей популяции с возможностью постоянного доступа к антиретровирусной (АРВ) - терапии для всех ЛЖВ. Профилактические мероприятия необходимо начинать в школе путем введения в учебные программы базовых знаний о данной инфекционной патологии и о минимизации рисков инфицирования во всех сферах жизни человека.

ОБОСНОВАНИЕ РАННЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Волова Л.Ю., Лебедева И.В., Родина Е.В.

Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Ноябрьск

Цель. Дать оценку обоснованности раннего психологического сопровождения при обращении ВИЧ-инфицированных пациентов за медицинской помощью, а также при назначении антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. В работе использовались методы консультирования, наблюдения. Проведен анализ опросников пациентов ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД». Опросники содержал как закрытые, так и открытые вопросы, позволяющие оценить отношение к заболеванию и лечению. Было опрошено 120 человек: из них 40% – женщины, 60% – мужчины, большинство опрошенных — 81% – в возрасте от 30 до 40 лет. Анализ данных психодиагностического обследования ТООБЛ («Тип отношения к болезни»).

Результаты и обсуждение. Под влиянием социальных стереотипов у ВИЧ-инфицированных пациентов зачастую понижается самооценка (91,0% опрошенных респондентов), они необоснованно приписывают себе нежелательные качества (63,7% опрошенных респондентов), что является серьезным препятствием к лечению болезни и отражает феномен аутостигматизации. При исследовании уровня тревожности и выявления признаков депрессии у ВИЧ-инфицированных пациентов чаще всего встречаются страх, связанный с приемом антире-

тровирусной терапии (74,1% опрошенных респондентов). Страхи, связанные с приемом антиретровирусных препаратов, у мужчин наблюдаются чаще, чем у женщин (86,3% опрошенных мужчин и 61,9% опрошенных женщин). Тревожность, признаки депрессии и проявления аутостигматизации присущи больше всего женщинам.

При формировании приверженности к антиретровирусной терапии важную роль играет отношение пациента к болезни. Гармонический тип отношения к болезни встречается лишь у небольшого числа опрошенных – 4,5%, у 21,7% опрошенных преобладает в большей степени эргопатический тип («уход от болезни в работу»). Для большинства опрошенных 56,3% свойственен эйфорический тип отношения к болезни («все обойдется») и 2% пациентов присущи анозогнозические тенденции («они здоровы, т.к. еще не ощутили проявления болезни»).

Выводы. Раннее психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных пациентов, принимающих антиретровирусную терапию, позволяет выявить риск снижения приверженности, своевременно осуществить коррекцию рискованного поведения. При получении психологической помощи на начальном этапе терапии, у пациентов формируется более устойчивая мотивация к диспансерному наблюдению и лечению, что важно для достижения эффективности лечения, исключения резистентности к антиретровирусным препаратам.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ДИССИДЕНТСТВА

Гарви Э.М., Виноградова И.А.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

Цель. ВИЧ-инфекция продолжает оставаться в списке значимых для здравоохранения заболеваний. Каждый год регистрируются новые случаи заражения. По данным ВОЗ в 2015 году в мире была зарегистрировано 36,7 миллионов человек с ВИЧ-инфекцией.

По данным горячей линии «Здоровая Россия» (проект Минздрава РФ) на 30.09.2016 года в России было зарегистрировано 1087339 человек с ВИЧ-инфекцией. На втором месте, среди причин заражения находятся гетеросексуальные контакты (47,1%), это чуть меньше чем количество инфицированных при употреблении инъекционных наркотиков (50%). Таким образом, значительно возрастают шансы поражения молодого трудоспособного населения, что может сказаться на экономике страны.

В 2001 году Российская Федерация ратифицировала декларацию ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. В апреле 2017 г. Правительство утвердило Государственную стратегию противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу, которая направлена, в том числе на повышение информированности граждан по вопросам ВИЧ-инфекции (Распоряжение №754-р от 20.04.2017). В Стратегии говорится о значимости данной проблемы для российского здравоохранения и путях предотвращения распространения ВИЧ-инфекции в РФ, что подтверждает актуальность нашей работы.

На территории России зафиксировано явление ВИЧ-диссидентства. Приверженцы данного движения опровергают общепринятую точку зрения, что СПИД и связанные с ним оппортунистические заболевания вызываются ретровирусом ВИЧ, утверждая, что СПИД по своей природе является заболеванием, спровоцированным различного рода неинфекционными агентами. ВИЧ-диссиденты являются серьезным препятствием в деле профилактики и контроля над распространением ВИЧ-инфекции, выявления новых случаев заражения.

Материалы и методы. С целью изучения информированности и отношения медицинского персонала к проблеме ВИЧ-диссидентства, а также необходимости разработки информационных материалов, нами было проведено добровольное анонимное анкетирование медицинского персонала на базе учреждений здравоохранения города Петрозаводска. Обработка полученных данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Генеральная совокупность составила 142 анкеты, из которых для настоящего исследования были отобраны и обработаны 126 (89%) верно заполненных анкет. Анализ полученных данных показал, что только 45% респондентов знакомы с явлением ВИЧ-диссидентства. Среди опрошенных, знакомых с данной проблемой, подавляющее большинство (91%) согласны с тем, что явление ВИЧ-диссидентства опасно; 96% считают необходимым разработку информационных материалов, способствующих повышению грамотности медицинского персонала в этом вопросе.

Выводы. Опираясь на полученные в анкетировании данные, разработан информационный буклет в помощь медицинскому персоналу. В буклете кратко описана история появления ВИЧ-диссидентства, разъяснена опасность данного движения, развенчаны самые распространенные мифы ВИЧ-диссидентов. Данный информационный материал призван помочь медицинскому персоналу устранить пробелы в знании о проблеме ВИЧ-диссидентства, говорит о важности профилактических мер и делает попытку задать правильный вектор в отношении «ВИЧ-положительный пациент – медицинский персонал».

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ВИЧ У ЛИЦ С СОМНИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ИММУННОГО БЛОТА

*Патрушева Н.Б.¹, Желвакова Н.В.¹,
Усольцева О.П.¹, Ахряпина И.А.¹,
Бердинских Н.Н.¹, Бейкин Я.Б.^{1,2}*

¹ Клинико-диагностический центр,

² Институт иммунологии и физиологии, г. Екатеринбург

Цель. Выявление частоты перехода сомнительного результата иммунного блота (ИБ) на ВИЧ в положительный, и влияния на эту величину таких факторов, как возраст, пол, причина обследования, спектр выявленных антител к антигенам ВИЧ при первичном обследовании.

Материалы и методы. В работе использованы коммерческие тест-системы для проведения ИБ: «МПБА-Блот-ВИЧ-1, ВИЧ-2», «ИННО-ЛИА-ВИЧ ½ подтверж-

дающий», «New Lav BLOT1». Исследования выполняли на оборудовании для автоматизированного проведения ИБ - AutoBlot 3000 фирмы BioRad. Были проанализированы данные повторных исследований в ИБ на ВИЧ у лиц, имеющих в анамнезе сомнительные результаты ИБ в период с 1.01.2010г. по 31.12.2016г. Всего было обследовано 234 человека в возрасте старше 15 лет (145 женщин и 89 мужчин): до 20 лет - 12 человек; от 20 до 30 лет - 105; от 30 до 40 лет - 84; от 40 до 50 лет - 23 и от 50 лет и старше - 10 человек. По 102 коду в динамике были обследованы 22 человека; 104 коду - 17; 109 коду - 59; 111 коду - 1; 113 коду - 93; 115 коду - 2; 118 коду - 30 и 200 коду - 10 человек.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов повторных исследований было установлено, что сомнительный результат ИБ перешел в положительный у 150 человек (64,1%), в отрицательный - у 44 (18,8%) и остался сомнительным у 40 (17,1%) пациентов. У женщин сомнительный результат ИБ перешел в положительный в 60% случаев, у мужчин - в 70,8%. Среди пациентов в возрасте до 20 лет был зафиксирован переход ИБ из сомнительного в положительный в 58,3% случаев; от 20 до 30 лет - в 61,9%; от 30 до 40 лет - в 66,7%; от 40 до 50 лет - в 73,9% и у лиц от 50 лет и старше - в 50% случаев. При анализе влияния причин обследования (коды) на результаты повторных исследований было выявлено, что при обследовании по 102 коду переход сомнительного ИБ в положительный был зафиксирован в 90,9% случаев; 104 коду - 64,7%; 109 коду - 40,7%; 111 коду (1 человек) - 100%; 113 коду - 80,7%; 115 коду (2 человека) - 50%; 118 коду - 60% и 200 коду - 0%. Была проанализирована частота перехода ИБ из сомнительного в положительный в зависимости от спектра выявленных антител при первичном обследовании. У 161 из 243 пациентов с сомнительными результатами ИБ были определены антитела или к одному из гликопротеинов ВИЧ, или к одному гликопротеину и белкам ВИЧ, кодируемым генами gag и pol. В данном случае частота перехода в положительный ИБ составила 75,2% (121 человек). У лиц с сомнительным ИБ при наличии антител к gp160 и p24 (96 человек) при повторном исследовании в 90,6% случаев был выявлен положительный результат ИБ. При наличии антител только к белкам ВИЧ, кодируемым генами gag и pol (68 пациентов), положительный результат ИБ при обследовании в динамике был зафиксирован у 35,3% пациентов. Положительный результат при повторном обследовании был зарегистрирован в 41,7% случаев, если при первичном исследовании в ИБ были выявлены антитела к p24 и отсутствовали антитела к гликопротеинам ВИЧ (48 человек). Если при первичном исследовании были обнаружены антитела только к p34 (4 человека), то во всех повторных исследованиях были получены отрицательные результаты ИБ.

Выводы. Во всех возрастных группах был выявлен высокий процент перехода сомнительного результата ИБ в положительный. Наибольшая частота перехода ИБ в положительный была отмечена в возрастной группе 30-40 и 40-50 лет (66,7% и 73,9%) и при обследовании пациентов по 102 и 113 кодам (90,9% и 80,7%, соответственно). Сомнительный результат ИБ в динамике чаще становился положительным при наличии у пациента при первичном обследовании антител к одному из гликопро-

теинов (75,2%), и особенно при совместном выявлении антител к gp160 и p24 (90,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ И ОБРАТИВШИХСЯ В ЦЕНТР СПИД

Султанов Л.В., Головань О.В., Демьяненко Э.Р., Егорова М.А.

Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Барнаул

Актуальность проблемы. ВИЧ-инфекция является одной из актуальных медико-социальных проблем, как для населения Алтайского края, так и учреждений исполнения наказаний. На 31.12.2015г. в Алтайском крае зарегистрировано за все годы 22349 случаев ВИЧ-инфекции, 18% из них выявлены при поступлении в учреждения исполнения наказаний. Ежегодно из МЛС освобождается порядка 500 больных ВИЧ-инфекцией, 30% из числа которых, не обращаются после освобождения в учреждения здравоохранения для диспансерного наблюдения и продолжения лечения

Цель. Получить информацию о комплексе медицинской и немедицинской помощи в МЛС глазами освободившихся, оптимизация работы по приверженности к диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией после освобождения

Материалы и методы. Данные опроса среди 308 пациентов Центра СПИД, в возрасте от 26 до 56 лет, освободившихся из МЛС, по специально разработанной анкете. Для обработки данных использовалась программа SPSS. Математико-статистическая обработка полученных данных заключалась в расчете простых распределений, средних (\bar{x}) и стандартных (σ) отклонений значений признаков, а также в оценке достоверности связи между параметрами, с использованием χ^2 - критерия.

Результаты.

77% респондентов отметили проведение тех или иных мероприятий по ВИЧ-инфекции, из них: 41% - в УИС регулярно проходят занятия по принципу «равный обучает равного», 73% - за 6 мес. до освобождения проводится «Школа для ВИЧ+», 66% - раздаются брошюры по ВИЧ-инфекции, 94% - в помещениях размещены плакаты по ВИЧ-инфекции; 25% - выездные консультации врачей Центра СПИД

более 70% респондентов положительно ответили на вопрос о проведении в УИС мероприятий, связанных с обследованием и лечением ВИЧ-инфекции;

несмотря на регулярные консультации врачей Краевого центра СПИД, получение информации из имеющейся литературы по проблеме ВИЧ-инфекции в УИС (28% - газеты и журналы, 5% - радио, 11% - Интернет, 6% - материалы специальных исследований, 89% - плакаты, брошюры, листовки), чуть более 40% респондентов оценивают свои знания, как «недостаточные»;

около 70% опрошенных считают необходимым проведение занятий в «Школе для освобождающихся ВИЧ-инфицированных заключенных»;

на вопрос о мерах, действиях, которые улучшат социальную адаптацию освободившихся, были получены

следующие ответы – «обеспечение жильем, бесплатным лечением, деньгами, трудоустройство, оказание психологической и материальной помощи (кредитование), толерантность к бывшим осужденным».

Выводы. Таким образом, несмотря на проводимую разноплановую информационную работу среди больных ВИЧ-инфекцией в УИС, 40% осужденных оценивают свои знания по ВИЧ-инфекции, как низкие. Для дальнейшего диспансерного наблюдения и лечения после освобождения, крайне важным является социально-психологическое сопровождение данной категории граждан и построение социальной лестницы. Результаты опроса будут использованы при дальнейшей организации работы по медико-социально-психологическому сопровождению больных ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС и после освобождения.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ И НАИБОЛЕЕ ВОСТРЕБОВАННЫХ КАНАЛОВ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Г. БАРНАУЛА

Султанов Л.В., Головань О.В., Демьяненко Э.Р., Егорова М.А.

Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Барнаул

Актуальность проблемы. За время развития эпидемии ВИЧ-инфекции наиболее уязвимыми к ВИЧ были и остаются подростки и молодежь в возрасте от 15 до 29 лет. Риск инфицирования ВИЧ определяется психофизиологическими особенностями лиц молодого возраста, особенно подросткового, практиками рискованного поведения, зачастую наблюдающимися у молодых людей. Изучение уровня информированности и оценка факторов риска инфицирования молодежи являются необходимым процессом в оценке ситуации по ВИЧ-инфекции.

Цель. Оценка уровня знаний и наиболее востребованных каналов получения информации о ВИЧ-инфекции среди молодежи и разработки информационной кампании.

Материалы и методы. Было проведен опрос среди 1260 учащихся общеобразовательных школ и студентов медиков по специально разработанной анкете. Для обработки данных использовалась программа SPSS. Математико-статистическая обработка полученных данных заключалась в расчете простых распределений, средних (\bar{x}) и стандартных (σ) отклонений значений признаков, а также в оценке достоверности связи между параметрами, с использованием χ^2 - критерия.

Результаты.

90% респондентов дали правильные ответы на 5 ключевых вопросов о путях заражения и мерах профилактики ВИЧ-инфекции. 10% - считают, что для заражения ВИЧ опасны поцелуи, питание в общественных столовых, участие в кровавых драках.

99% опрошенных получают информацию о ВИЧ - из СМИ: 100% - используют ресурсы Интернета, 78% - ТВ, 41% - журналов, 3,5% - радио, 26% на профилактических акциях, 37% - лекциях и семинарах. 1% - затруднились ответить на поставленный вопрос;

84% респондентов считают необходимым преподавание знаний о ВИЧ-инфекции в рамках школьной программы, 8% - так не считают и 8% - затруднились с ответом;

41% опрошенных считают, что больной ВИЧ-инфекцией не имеет права работать в детских образовательных учреждениях, 27% - имеет право работать в поликлинике;

20% респондентов ответили, что больные ВИЧ должны быть полноправными членами общества, 35% - необходимы некоторые ограничения и 30% - инфицированных необходимо изолировать.

Вывод. Таким образом, молодежь имеет довольно высокий уровень знаний по ВИЧ-инфекции, однако около 10% имеют неверные представления о путях заражения. Наиболее востребованными каналами получения информации являются Интернет, телевидение, журналы. Профилактические акции и лекции/семинары, как источник информации, наиболее популярны среди студентов-медиков. Значительная часть респондентов высказала не толерантную позицию по отношению к больным ВИЧ-инфекцией.

На основании полученных результатов при планировании информационных кампаний и профилактической работы среди молодежи по ВИЧ-инфекции, необходимо использовать те каналы получения информации, которые наиболее востребованы ими, делать акцент на разъяснение ошибочных представлений о путях передачи ВИЧ-инфекции, а так же формирование толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным детям и взрослым.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПРАВОСЛАВНЫМИ РЕЛИГИОЗНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В ВОПРОСАХ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

Соколов М.Г., Мельникова Т.Н.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Вологда

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России требует участия в вопросах противодействия ВИЧ/СПИДа различных общественных структур и социальных институтов. Русская Православная Церковь может являться одним из социальных институтов, способных оказать влияние на положительную динамику эпидемии ВИЧ-инфекции.

Цель. Проанализировать опыт взаимодействия Вологодского областного Центра СПИД и Вологодской митрополии РПЦ МП в части проведения совместных мероприятий по профилактике ВИЧ - инфекции, выявить ресурсы Концепции участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, принятой в 2003 г. и соглашения о взаимодействии областного Центра СПИД и Вологодской митрополии для дальнейшего взаимодействия в этой сфере.

Материалы и методы. Взаимодействие Вологодского областного Центра СПИД и с православными религиозными организациями осуществляется с 2003 г. Священники участвовали в конференциях, организуемых Центром СПИД, принимали участие в съемках фильма по профилактике ВИЧ/СПИДа в регионе, настоятелем

кафедрального собора была организована встреча с сотрудниками Центра СПИД на территории храма и воскресной школы для детей.

В октябре 2015 г. между Центром СПИД и Вологодской митрополией было заключено соглашение о сотрудничестве в вопросах противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в регионе, возможность взаимодействия с религиозными организациями отражена также и в коллективном договоре учреждения.

Вместе с тем, содержание указанной выше Концепции, а также соглашения о сотрудничестве позволяет обозначить и другие формы взаимодействия со священнослужителями – оказание духовной поддержки нуждающимся ВИЧ-инфицированным лицам, в том числе взаимодействие с беременными женщинами из числа СПИД-диссидентов, несовершеннолетними, оставшимися без попечения родителей, возможность организации и обустройства молитвенной комнаты на территории Центра СПИД либо на территории иного медицинского учреждения в непосредственной близости от Центра СПИД.

Результаты и обсуждение. Религиозные организации различных направлений могут оказывать не только положительное, но и деструктивное влияние на духовную жизнь пациента. Взаимодействие с такими организациями целесообразно осуществлять при наличии достаточной правовой базы: это могут быть соглашения территориального Центра СПИД с территориальной управляющей структурой религиозными организациями.

При организации молитвенной комнаты на территории регионального Центра СПИД учреждение может столкнуться с проблемой заключения договора аренды помещения с приходом храма в соответствии с федеральным и областным законодательством, так как попытки согласования безвозмездной передачи помещения могут вызвать определенное противодействие со стороны территориального органа по управлению имуществом.

Взаимодействие с православными общинами для реабилитации наркозависимых допустимо при участии или с уведомлением священнослужителя, на попечении которого находится эта община. При наличии такого священнослужителя, община имеет признаки организованности и за ее деятельностью может осуществляться определенный контроль.

Заключение. Взаимодействие Центров СПИД с религиозными организациями может быть разноплановым – это молитвенная и духовная поддержка пациентов и медицинского персонала учреждения, иные совместные мероприятия (семинары, конференции, подготовка информационных материалов), помимо духовной пользы, участие медицинских работников на молебнах о здравии в определенной степени может содействовать и профилактике у них синдрома эмоционального выгорания.

В основу такого взаимодействия должна быть положена соответствующая нормативная база (соглашения о сотрудничестве, рабочие планы взаимодействия).

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Гусев Д.А., Леонова О.Н., Бузунова С.А.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

На 01.01.2017 г. в Санкт-Петербурге зарегистрировано 53 888 случаев ВИЧ-инфекции. По клиническим показаниям (113 код) выявлено 1348 случаев, что составило 40,8% больных от общего количества новых случаев за 2016 год.

В СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» ежегодно увеличивается количество пациентов с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете на 01.01.2017 года – 35524 человек. Из состоящих на диспансерном учете более 52,2% пациентов находятся на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции, в связи с этим, увеличивается количество пациентов, нуждающихся в проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) с целью установления группы инвалидности. Так, на конец декабря 2016 г. общее количество инвалидов, состоящих на диспансерном учете в Центре СПИД, составило – 805 человек. С 2014 по 2016 гг. в Центр СПИДа обратились 1887 человек по вопросам оформления группы инвалидности. Из них 718 (38%) человек были направлены на освидетельствование в районные бюро МСЭ. Остальные пациенты получили консультативную помощь по вопросам действующего законодательства с разъяснениями, что наличие ВИЧ-инфекции является основанием для получения инвалидности в том случае, если заболевание привело к ограничениям жизнедеятельности. Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью, то есть стойкая потеря трудоспособности.

Наибольший прирост численности инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией за анализируемый период отмечается на продвинутой стадии заболевания (4А-4Б-4В стадии). Из 718 пациентов, направленных на МСЭ в 2014-16 гг., впервые группа инвалидности установлена у 43%. Так 1 и 2 группы инвалидности были установлены у 129 (18%) пациентов. Остальным пациентам была присвоена третья группа инвалидности. Из основных ограничений жизнедеятельности у ВИЧ-инфицированных пациентов, признанных инвалидами, определены способность к самообслуживанию, передвижению, общению и трудовой деятельности. Из общего количества установленной группы инвалидности 32% больных пришлось на отделение паллиативной медицины. Всего в отделении с 2014 по 2016 гг. было пролечено 1976 пациентов. Группу инвалидности имели 33% (233) больных, из которых впервые была установлена 98 (42%) больным. Среди впервые установленной группы инвалидности – первая установлена 29 (29,6%), вторая – 34 (34,7%) и 35 (35,7%) соответственно получили третью группу. Остальные пациенты поступали в отделение на переосвидетельствование или в связи с утяжелением группы инвалидности. Из 233 инвалидов,

находящихся на стационарном лечении в отделении паллиативной медицины мужчины составили – 141 (60,5%), женщины – 92 (39,5%). В основном это были пациенты трудоспособного возраста, средний возраст которых составил $38,2 \pm 3,1$ лет. В результате освидетельствования, пациентам определялась степень ограничения жизнедеятельности и потребность инвалида в мерах социальной защиты, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Тяжесть инвалидности в основном определялась степенью выраженности иммунодефицита при той или иной соматической патологии, включая неврологические осложнения. Все пациенты с установленной группой инвалидности имели тяжелые клинические проявления ВИЧ-инфекции и коморбидные состояния. К моменту освидетельствования на МСЭ 66,4% пациентов получали ВААРТ. Часть из них (27,4%) находилась в стадии ремиссии по ВИЧ-инфекции на фоне ВААРТ, но имели тяжелые последствия перенесенных оппортунистических заболеваний и были признаны инвалидами. Остальные больные прервали прием антиретровирусной терапии из-за побочных эффектов ВААРТ, а также из-за отсутствия возможности самостоятельно добраться до поликлинического отделения Центра СПИДа. В 90% случаях данные пациенты нуждались в социальном сопровождении из-за отсутствия родственников и близких людей.

В настоящее время в РФ не проводятся исследования по изучению медико-социальных проблем инвалидизации ВИЧ-инфицированных пациентов, не разработаны стандартные подходы к оценке критериев стойкого снижения трудоспособности пациента с ВИЧ-инфекцией, нет единого регистра людей, нуждающихся в установлении группы инвалидности с ВИЧ-инфекцией, из реабилитационных мероприятий доступна в полной мере лишь медицинская реабилитация. Данная категория больных является наиболее уязвимой им необходимо социальное сопровождение, профессиональная и социальная реабилитация для возвращения или включения инвалида в общественно-полезный труд в соответствии с состоянием его здоровья и трудоспособности, либо обеспечение достойных социальных условий для социализации и социальной интеграции инвалида в обычные условия жизни. Для этого необходимо, чтобы во всех региональных Центрах СПИДа РФ была введена штатная единица социального работника в зависимости от количества ВИЧ-инфицированных пациентов.

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Луфт В.М.¹, Гусев Д.А.², Леонова О.Н.²,
Третьякова П.Н.²*

¹ Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,

² Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

В настоящее время ВИЧ-инфекция стала одной из важнейшей медико-социальных проблем многих государств, что обусловлено высокими экономическими затратами на ее диагностику и лечение. В последние годы в Российской Федерации отмечается значительный рост числа больных с ВИЧ-инфекцией, выявляемых на позд-

них стадиях болезни. Лечение таких больных представляет большие трудности. У них часто возникают проблемы с приемом пищи вследствие нередко возникающих нарушений процессов пищеварения и развития оппортунистических инфекций (анорексия, кандидоз полости рта и пищевода, различные паразитозы, диарея, обострение хронических заболеваний и т.д.). Одним из патологических состояний, нередко имеющих место у данной категории пациентов является синдром истощения (ВИЧ-СИ), который характеризуется непреднамеренной потерей массы тела (МТ), составляющей 5% и более за 3 месяца или 10% и более за 6 месяцев, сопровождающейся, как правило, нарастающей саркопенией (особенно у мужчин) и общей слабостью (хроническая усталость). Развитие ВИЧ-СИ наиболее характерно для поздних стадий течения ВИЧ-инфекции, но может быть и одним из ранних индикаторных проявлений заболевания. Несмотря на большое количество отечественных публикаций, отражающих эпидемиологию, патогенез и клиническое течение ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, в них отсутствуют данные о распространенности и выраженности нарушений трофологического статуса (ТС) у ВИЧ-инфицированных лиц, а также их влияния на течение и прогноз заболевания. В известной мере это обусловлено имеющейся в нашей стране недооценкой врачами роли и значения фактора питания в развитии ВИЧ-инфекции и эффективности проводимого лечения у данной категории пациентов, недостаточными знаниями современных методов ранней диагностики различных нарушений ТС, выбору оптимальных схем и средств нутритивно-метаболической терапии.

В стационаре Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями проанализировано 50 пациентов, находящихся на лечении в отделении паллиативной медицины. Для оценки трофологического статуса использовались соматометрические (антропометрические), клинические, лабораторные, функциональные и морфологические методы. Мужчины в исследуемой группе составили 62%, женщины 38% соответственно. Половой путь заражения был определен у 25 (50%) больных, остальные пациенты ВИЧ-инфекцией заразились при парентеральном употреблении психоактивных веществ. В течение года было выявлено 30% пациентов, которые не знали о своем заболевании и не обращались за медицинской помощью, в связи с чем, они были доставлены в стационар в тяжелом состоянии с выраженным дефицитом массы тела, оппортунистическими заболеваниями. Более 10 лет о своем заболевании знали – 28% больных. Из числа обследованных больных ВААРТ принимали 50% больных, но вирусная нагрузка по ВИЧ не определялась только 17 (34%) больных. Остальные пациенты самостоятельно прервали антиретровирусную терапию или принимали ее несистематически, в связи с чем, в плазме крови у них вирусная нагрузка ВИЧ была выше неопределяемого уровня. В исследуемой группе пациенты с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции (4Б+В) составили – 42 (84%), из которых 15 (37,5%) составили женщины. Оппортунистические инфекции имели все исследуемые больные. Большинство из них (32%) имели сочетанные поражения. Кандидозное поражение желудочно-кишечного тракта (орофарингеальный кандидоз, кандидоз

пищевода) на момент обследования имели – 100% больных. Генерализованный туберкулез был диагностирован у 12% пациентов, поражение центральной нервной системы имели – 44% больных.

Хронические вирусные гепатиты в анамнезе были у 74,5% мужчин, из которых 8% были в цирротической стадии. Остальные пациенты не имели хронических вирусных гепатитов, что свидетельствует о возможности полового пути передачи ВИЧ-инфекции. У данных пациентов были рассчитаны основные соматометрические показатели, где гипотрофия была определена у 15 (30%) больных. Из общего числа исследуемых пациентов половина из них имели различную степень снижения общего количества общего белка крови и 38% снижение альбуминов крови. Распределение больных по типам нарушения ТС (трофологического статуса) происходило по типу алиментарного маразма и истощение соматического и висцерального пулов белка. Алиментарный маразм легкой степени имели 50% пациентов, средней степени – 18% и маразм тяжелой степени – 2% больных, из которых женщины составили – 26%. Без нарушений висцерального и соматического пула белка было всего 6% от исследуемых больных.

Трофологическая недостаточность различной степени выраженности сопровождается и является следствием метаболических нарушений и одним из значимых клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

Выявление трофологической недостаточности — необходимый и обязательный компонент обследования больного с ВИЧ-инфекцией, в связи с чем, необходимо разработать и внедрить. Рекомендации расчета оптимальной массы тела, его состава при назначении антиретровирусной терапии, лечении оппортунистических инфекций и различных коморбидных состояний у пациентов с ВИЧ-инфекцией особенно с продвинутыми стадиями заболевания. Из литературных источников известно, что энтеральное, и парентеральное питание увеличивают ожидаемую продолжительность жизни и качество жизни у больных с выраженной недостаточностью питания и иммуносупрессией.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРЕВОДА В ОАР ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ЦЕНТРА СПИД

Леонова О.Н., Степанова Е.В., Шеломов А.С., Смирнова Н.Л., Третьякова П.Н.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

В настоящее время медицинским работникам все чаще приходится оказывать помощь больным с ВИЧ-инфекцией с острыми нарушениями жизненно важных функций и требующим проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, больным, страдающим длительными выраженными физическими нарушениями, приводящими к стойкому снижению или утрате способности к самообслуживанию, находящимся на терминальной стадии ВИЧ-инфекции и нуждающихся в постоянном медицинском уходе. Решение вопроса об объеме и месте оказания комплексной помощи больным с ВИЧ-инфекцией представляет на современном этапе определенные трудности, т. к. не существует нормативных актов, рекомендаций, стандартов ведения этих больных с

прогрессирующим тяжелым течением болезни. Нет четких показаний, противопоказаний для госпитализации или перевода больных с ВИЧ-инфекцией в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), длительности проведения этой терапии в условиях ОРИТ, отсутствуют критерии перевода из ОРИТ в отделение паллиативной медицины. До сих пор не выделены неотложные состояния при ВИЧ-инфекции, требующие госпитализации больных в ОРИТ или при которых нахождение в ОРИТ и реанимационные мероприятия не целесообразны. Не полностью сформулированы клинические показания для перевода больных с ВИЧ инфекцией в палаты или отделения паллиативной помощи. В связи с этим, проведен анализ причин переводов в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) из отделения паллиативной медицины Центра СПИД СПб за последние три года. В стационаре Центра СПИД функционирует отделение ОАР на 5 коек. С 2014 по 2016 гг. в отделение паллиативной медицины, рассчитанное на 25 коек, было пролечено 1085 пациентов. Среди них было 754 (69,5%) мужчин и 331 (30,5%) женщина в возрасте от 21 до 78 лет, средний возраст - 36,9±8,7 лет, медиана - 35 лет. Пациенты старше 40 лет составили 41,3% от общего числа пролеченных пациентов в отделении паллиативной медицины. Реанимационные пособия за три года были оказаны 349 (32,2%) пациентам отделения паллиативной медицины. Из общего количества пролеченных пациентов в отделение паллиативной медицины из-за тяжести состояния в ОАР было переведено 27 (2,5%) больных. Основными причинами перевода явились: острая дыхательная недостаточность; острое кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода; острая печеночная недостаточность с прекомой, геморрагическим синдромом, гипокоагуляцией; синдром холестаза; отек легких; не купирующийся судорожный синдром; отек головного мозга с нарушением сознания; острая почечная недостаточность; делирий и галлюцинации, выраженные аллергические реакции по типу синдрома Лайелла на ВААРТ. У 8 (29,6%) пациентов из общего числа перевод в ОАР закончился летальным исходом. Основными причинами смерти умерших больных в ОАР явились: атипичный микобактериоз -1 человек (12,5%); ВИЧ-энцефалит – 2 (25%), пневмоцистная пневмония – 2 (25%), генерализованный туберкулез – 1 (12,5%); генерализованная саркома Капоши – 1 (12,5%), токсоплазмоз головного мозга -1 (12,5%). После устойчивого восстановления гемодинамики, самостоятельного дыхания и коррекции метаболических нарушений 19 (70,4%) из ОАР были переведены для наблюдения и/или дальнейшего лечения в отделение паллиативной медицины. В дальнейшем из 19 пациентов переведенных из ОАР в отделение с улучшением состояния были выписаны 10 (37,0%) больных, 9 человек (33,3%) умерли в отделении. Умершие в отделении пациенты были переведены из ОАР в связи с длительным течением оппортунистических заболеваний, с отсутствием выраженного эффекта от проводимой терапии. Данные больные не нуждались в реанимационной помощи, им требовалась симптоматическая терапия, постоянный медицинский уход. Всего из 27 больных, переведенных в ОАР заболевание закончилось летальным исходом у 17 (63,0%). Это были пациенты с тяжелыми оппортунистическими заболеваниями, с прогрессирующими стадиями

ВИЧ-инфекции.

Из 27 анализируемых больных ВИЧ-инфекция впервые выявлена у 6 (22,2%) человек. Данные пациенты не знали о своем заболевании, не состояли на учете в Центре СПИД, не обращались за медицинской помощью, что могло приводить к заражению других лиц, вступающих с ними в контакты. У 15 (55,5%) больных уровень CD4-лимфоцитов были ниже 50 кл/мкл, ВН ВИЧ выше 500 000 копий/мл, микст оппортунисты были диагностированы у 19 (70,3%) больных. Средний койко/день исследуемых 27 пациентов в отделении паллиативной медицины составил - 45,7, в ОАР - 6,1. У умерших пациентов в ОАР койко/день в два раза меньше, чем у пациентов умерших в отделении паллиативной медицины. Самый длинный койко/день был у выживших больных и составил более 40. В анамнезе ВААРТ была назначена 16 (59,2%) пациентам, из которых - 14 (87,5%) самостоятельно прервали ее прием. Впервые ВААРТ была назначена в стационаре Центра СПИД - 7 больным.

Из данного исследования сделаны выводы, что в настоящее время увеличивается число пациентов с поздними сроками поступления, тяжелыми оппортунистическими заболеваниями приводящими к госпитализации в отделение реанимации, с длительным койко/днем, с неблагоприятным исходом на фоне прогрессирующей стадии ВИЧ-инфекции. Показаниями для перевода в реанимационное отделение должны быть острые состояния, развившиеся на фоне тяжелых оппортунистических заболеваний и/или сопутствующей патологии. Из опыта работы считаем, что пациенты, нуждающиеся в симптоматической терапии, с отсутствием эффекта от проводимого лечения, с неподдающейся коррекцией оппортунистических заболеваний должны быть своевременно переведены из реанимационного отделения в отделение паллиативной медицины. Перевод данных пациентов в отделение должен проводиться комиссионно с учетом мнений врачей-инфекционистов и реаниматологов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Леонова О.Н., Степанова Е.В., Шеломов А.С., Смирнова Н.Л., Боева Е.В., Третьякова П.Н.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге с 2014 по 2016 год умерло 3215 больных, из которых у 58,7% основными причинами смерти явилась ВИЧ-инфекция. В связи с ростом смертности от ВИЧ-инфекции проведен анализ историй болезни умерших пациентов, поступивших в отделение паллиативной медицины СПб ГБУЗ «Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Центр СПИД) за период с 2014 по 2016 гг. Причины смерти определялись по клиническим и патоморфологическим эпикризам, соответствующим кодам МКБ-10. Всего за последние три года умерли 2,6% (52) больных от общего числа пролеченных пациентов в отделении. Высокоактивная антиретровирусная терапия из 52 человек была назначена 34 (65,4%) пациентам. Самостоятельно прервали ВААРТ или принимали антиретровирусные препараты с перерывами - 14 (41,2%), что привело к прогрессированию заболевания, развитию или рецидиву

оппортунистических инфекций. По жизненным показаниям и в связи с тяжестью состояния ВААРТ была приостановлена 41,2% больным. На антиретровирусной терапии умерли - 6 (17,6%) больных. Длительность приема ВААРТ в среднем составила $13,3 \pm 2,3$ месяцев. Наиболее длительный прием (более 2-х лет) соблюдали пациенты, которые находились в местах лишения свободы. По стадиям ВИЧ-инфекции количественно доминировали 4В и 5 стадии - 94,2% на фоне выраженной иммуносупрессии и вторичных инфекций, остальные больные находились в 4А и 4Б стадиях. Средние сроки инфицирования составили $5,9 \pm 0,3$ лет. Средний уровень CD4-лимфоцитов составил $125 \pm 11,9$ кл/мкл, ВН ВИЧ - 1106415 ± 178757 копий/мл. Мужчин было - 78,8%, женщин - 21,2% соответственно. Средний возраст умерших пациентов - $41,5 \pm 1,04$ лет. Социальный и поведенческий статус пациентов был достаточно низким. Большинство пациентов не имели работы и ранее отбывали срок наказания в местах лишения свободы (69,2%). Более 60% больных употребляли инъекционные наркотики (в основном героин), у них инфицирование ВИЧ происходило преимущественно парентеральным путем (87%). Около $\frac{1}{4}$ обследованных лиц страдали алкогольной зависимостью в сочетании с наркоманией и табакокурением (44%). При выделении основной причины смерти и постановке посмертного диагноза имелись трудности в связи с тем, что у 72% больных имелось сразу несколько оппортунистических заболеваний, которые протекали на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Основными причинами смерти были онкологические заболевания, которые составили - 26,9%. Поражения головного мозга были диагностированы в 36,5% случаях: ВИЧ-энцефалит - 19,2%; токсоплазмоз головного мозга - 3,8%; мультифокальная лейкоэнцефалопатия - 7,7%; м/энцефалит неуточненной этиологии - 5,8%. Достаточно высокой в танатогенезе умерших больных была роль пневмоцистной пневмонии - 11,5%, которая заняла по частоте смертей одно из ведущих мест. Как правило, это были впервые выявленные пациенты, которые узнали о своей ВИЧ-инфекции при первичном обращении в стационар общего профиля. Генерализованный туберкулез с поражением множества органов был диагностирован у 1 (2,0%) пациента. Данный пациент поступил в стационар в крайне тяжелом состоянии и его не успели перевести во фтизиатрический стационар. Данные цифры существенно ниже, чем в выборках других авторов, поскольку в нашем случае основная часть больных с коинфекцией «ВИЧ и туберкулез» госпитализировались или были переведены в специализированные отделения фтизиатрической службы. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция как основная причина смерти была у 3,8% пациентов, из которых у 2 диагностирован хориоретинит. Диагноз атипичного микобактериоза был поставлен 3,8% больным. Все заболевания, установленные как причина смерти в стадии СПИД, сочетались с кандидозом и другими вирусно-бактериальными инфекциями (код по МКБ В22, В23, В20.4). Основными причинами смерти не связанные с ВИЧ-инфекцией явились: передозировка опиатами - 7,7%; тромбоэмболия артерий (легочной, брюшной) - 3,8%. Вскрытие не проведено 1 пациенту.

Несмотря на ВААРТ, у умерших больных наблюдалось прогрессирование ВИЧ-инфекции, и в связи с тяже-

стью основного заболевания, множеством сопутствующей патологии, конкурирующих заболеваний, развитием полиорганной недостаточности спасти данных пациентов не удалось.

На данном этапе развития эпидемии ВИЧ-инфекции с сохраняющейся высокой летальностью, несмотря на применение высокоактивной антиретровирусной терапии, возникает необходимость выработки новых подходов к построению службы медицинской и социальной помощи больным с ВИЧ-инфекцией, сопровождению и выработки приверженности в приеме антиретровирусной терапии, расширения лекарственного обеспечения для лечения коморбидных состояний, подготовки врачей различных специальностей.

МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПРОДВИНУТЫМИ СТАДИЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Дворак С.И., Леонова О.Н., Гусев Д.А.,

Захарова Н.Г., Смирнова Н.Л.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Актуальность. Больные ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний относятся к категории пациентов высокого риска развития бактериальных осложнений.

Растет число больных с поражением органов дыхания. Так, в настоящее время доля пациентов с легочной патологией среди госпитализируемых больных с ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге превышает 60 %, а тяжелые поражения легких регистрируют у 40 % умерших больных на поздних стадиях болезни (в структуре легочной патологии пневмоцистная, кандидозная и цитомегаловирусная пневмонии занимают 2-е место после туберкулеза). Учитывая разнообразный характер поражений и осложнений со стороны бронхо-легочной системы, рациональная антимикробная терапия должна быть основана на данных микробиологического мониторинга.

Цель. Провести анализ спектра возбудителей бактериальных инфекций дыхательных путей у пациентов с ВИЧ-инфекцией, находящихся на лечении в отделении паллиативной медицины стационара Центра СПИД по поводу прогрессирующего течения основного заболевания.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили стационарные карты пациентов, находящихся на лечении в отделении паллиативной медицины, результаты микробиологических исследований мазков из зева, мокрота, промывных вод бронхов у больных ВИЧ-инфекцией в поздней стадии, выполненных за период 2016 года. Бактериологическое исследование образцов биологического материала проводили классическими методами. Идентификацию бактерий осуществляли с помощью масс-спектрометра. Результаты анализировали в программе WHONET 5.6. и Exel.

Результаты и обсуждение. В течение 2016 года в отделении паллиативной медицины было пролечено 342 пациента. Из данного количества пациентов различная патология бронхо-легочной системы была диагностирована у 128 (37,4%) пациентов, из которых: пневмоцистная пневмония у 16 (12,5%); туберкулез – у 37 (28,9%).

Цитомегаловирусная инфекция определялась в бронхоальвеолярном лаваже у 13 (10,1%) больных. Кандидозное поражение легких было диагностировано у 24-х (18,7%) пациентов. Онкологические процессы в легких обнаружены у 5 (3,9%) больных. Поражение бронхо-легочных путей бактериальной этиологии диагностированы у 33 (25,9%) пациентов. Из общего количества пациентов с поражением бронхо-легочной системы мужчины составили 76 (59,3%) человек, женщины – 53 (40,7%) соответственно. Средний возраст пациентов 41±1,6 год. Из пациентов с бактериальной этиологией поражения бронхо-легочной системы у 19 (57,6%) микроорганизмы выделены в монокультуре и у 14 (42,4%) больных в составе двухкомпонентных ассоциаций. Всего выявлено 12 вариантов различных сочетаний микроорганизмов. У 7 больных (что составило 50 % от всех ассоциаций) микрофлора была представлена двухкомпонентными ассоциациями грам (+) и грам (-) микроорганизмов в различных сочетаниях, число вариантов которых составило 6. Из них ассоциации грамположительных кокков *Staphylococcus aureus* 4 (62,5%) и *Streptococcus agalactiae* (group B) 2 (37,5 %), в том числе варианты *S. aureus* и *Klebsiella pneumoniae* – 2, *S. Aureus* и *Haemophilus parainfluenzae*- 1, *S. Aureus* и *Moraxella* sp.-1. Ассоциации *St. agalactiae* (group B) представлены с *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella catarrhalis* по одному варианту каждый.

У 7 больных выявлены шесть вариантов ассоциаций грамотрицательных бактерий. Ассоциации грамотрицательных микроорганизмов между собой представлены: *Klebsiella pneumonia* и *Pseudomonas aeruginosa* – 2, и по одному варианту: *Klebsiella pneumonia* и *Stenotrophomonas maltophilia*, *Klebsiella pneumonia* и *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii* и *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli* и *Enterobacter cloacae*, *Moraxella catarrhalis* и *Haemophilus influenza*.

Кроме того, среди больных, с микробной ассоциацией у 11 (79,0%) дополнительно обнаружены грибы рода *Candida*, которые оказывают отягщающее влияние на течение бактериальных инфекций, в частности за счет микогической сенсibilизации организма и усиление вирулентности возбудителя, возникающее в присутствии грибов.

Выводы.

1. В специализированном стационаре по лечению ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо проводить микробиологический мониторинг для оптимизации схем терапии тяжелых форм инфекционных осложнений и ограничения распространения антибиотикорезистентных штаммов.

2. Следует учитывать возможность развития инфекционных осложнений при участии ассоциации нескольких возбудителей.

3. Отмечается неуклонный рост заболеваемости бронхо-легочной системы среди пациентов с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции.

4. Клинические проявления легочной патологии у ВИЧ-инфицированных отличаются значительным разнообразием. Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний легких у этой категории пациентов сложны.

5. Этиологический спектр данной патологии может

быть широким, особенно на фоне выраженной иммуносупрессии. Оппортунистические инфекции в легких часто протекают атипично, имеют сочетанный характер.

6. Легочная патология у пациентов с ВИЧ-инфекцией прогрессирует быстро, патологический процесс склонен к генерализации, часто тяжелое течение заканчивается летальным исходом.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

Новикова М.О.¹, Петров И.В.^{2,3}, Петрова Ф.С.²

¹ Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Йошкар-Ола,

² Казанский государственный медицинский университет, г. Казань,

³ Институт медицины и естественных наук, г. Йошкар-Ола

Вопрос распространения ВИЧ-инфекции является актуальной проблемой, которая влияет на многие сферы социума. Для определения прицельных моделей превентивных мер и программ в рамках «единого профилактического пространства» на территории Республики Марий Эл (РМЭ) в борьбе с ВИЧ-инфекцией необходим эпидемиологический анализ заболеваемости и распространенности данного инфекционного заболевания в РМЭ.

Цель работы. Анализ многолетней динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Республики Марий Эл за период с 2007 по 2016 гг.

Материалы и методы. Использованы статистические методы (вариационная статистика), проведен эпидемиологический анализ с использованием официальных данных ГБУ РМЭ «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ».

Результаты и их обсуждение. За период 2007-2016 годы в РМЭ отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2,2 раза, средний темп прироста 17,4%, что свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической обстановке по ВИЧ-инфекции в РМЭ. Следует учесть, что охват тестированием населения РМЭ на ВИЧ в 2016 году составил 11,5% населения (ПФО - 20,0%, РФ - 21%). Ежегодно отмечается недостаточный показатель охвата тестированием населения в группах риска. Основная когорта тестируемого населения приходится на группу «прочие» (форма федерального государственного статистического наблюдения №4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ»; код 118). Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных пациентов в РМЭ за 2007-2016 гг. выросло в 3,3 раза (2007 г. - 649 чел.; 2016 г. - 2161 чел.); показатели пораженности составили 91,8 и 334,1 на 100 тыс. населения соответственно. Показатель пораженности в РМЭ в 2016 году в 1,7 раза ниже среднероссийского (РФ - 594,3 на 100 тысяч населения). Республиканский и среднероссийский показатели пораженности также имеют тенденцию к росту по итогам анализа 2007-2016 гг.

Вывод. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в РМЭ характеризуется как неблагоприятная, на что указывает рост показателей заболеваемости и пораженности данной инфекционной болезни. Среди

управленческих решений следует отметить нарастающую необходимость увеличения охвата тестированием на антитела к ВИЧ населения республики, а также расширения горизонтов превентивных мер в рамках «единого профилактического пространства», в т.ч. путем гигиенического воспитания, на важность которого указала Главный государственный санитарный врач РФ Анна Попова на проходившем во Владимирской области в июле 2017 года молодежном образовательном форуме «Территория смыслов на Клязьме».

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

Степанова Е.В., Леонова О.Н., Шеломов А.С., Смирнова Н.Л.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

По частоте поражения органов и систем при ВИЧ – инфекции нервная система стоит на втором месте после иммунной. Клетки центральной нервной системы имеют CD4 – рецепторы, что делает ЦНС уязвимой к ВИЧ – инфекции. В связи с этим у большинства больных развиваются выраженные нарушения функции нервной системы, которые могут приводить к потере профессиональных навыков и ранней инвалидизации. Клинические проявления поражений нервной системы встречаются на различных стадиях ВИЧ – инфекции у 40% пациентов, а у 4 – 5% из них неврологическая симптоматика становится первым клиническим проявлением манифестации болезни.

Цель. Провести анализ поражений ЦНС у ВИЧ – инфицированных больных.

Материалы и методы. Был проведен анализ пациентов с поражением ЦНС, находившихся на стационарном лечении в Центре СПИД за период с 2009 по 2016 гг. (n=415). Среди этих пациентов выделены 70 человек (основная группа) для углубленного сравнительного анализа вирусной нагрузки (ВН) ВИЧ в спинномозговой жидкости (СМЖ) и плазме крови с группой сравнения (70 человек) без поражения ЦНС. Проведен анализ смертности пациентов с 2009 по 2016 гг. Для проведения углубленного анализа были отобраны пациенты, ранее не принимавшие антиретровирусную терапию (АРВТ), с количеством CD4-лимфоцитов < 350 кл/мкл, без активного употребления наркотических веществ и алкоголя (ремиссия 6 месяцев). Проанализированы клинические, лабораторные показатели, результаты инструментальных исследований, психоневрологический статус.

Результаты. В структуре поражений ЦНС с 2009 по 2016 гг. у исследуемых больных были диагностированы следующие заболевания: ВИЧ-энцефалит - 131 человек (30,0%); токсоплазмоз головного мозга – 67 человек (15,4%); цитомегаловирусный (ЦМВ) менингоэнцефалит – 59 человек (13,5%); криптококковый менингит – 56 человек (12,8%); первичная лимфома головного мозга – 16 человек (8,7%) и др.

При углубленном анализе и сравнении пациентов с поражением ЦНС (70 человек) с контрольной группой (70 человек) были выявлены следующие особенности: у пациентов с клиническими признаками поражения ЦНС средний уровень ВН ВИЧ в СМЖ ($240\ 842 \pm 78\ 345$ коп/мл) был в 11,8 раз выше, чем у пациентов без поражения

ЦНС ($20\ 327 \pm 6\ 367$ коп/мл) $p < 0,05$. Статистически значимых отличий при сравнении ВН ВИЧ и уровня CD4 – лимфоцитов в плазме крови между двумя группами не выявлено. Выявлены пациенты, у которых ВН ВИЧ в СМЖ > ВН ВИЧ в плазме крови ($n=5$). С 2009 по 2016 гг в стационаре Центра СПИД умерло 392 человека. От заболеваний головного мозга умерло 139 человек (35,4%). Основной причиной смерти при поражении ЦНС оказался ВИЧ – энцефалит – 49 случаев (35,3%).

Выводы. В последние годы наблюдается рост общего количества пациентов с поражением ЦНС. Также наблюдается рост количества случаев поражения ЦНС вирусом иммунодефицита человека. Средняя продолжительность ВИЧ-инфекции от момента постановки диагноза до развития симптомов поражения ЦНС составила $8,7 \pm 2,3$ лет. Смертность от заболеваний ЦНС была 35,4% от всех смертей. Смертность от поражения ЦНС вирусом иммунодефицита человека составила 35,3%. У пациентов с клиническими признаками поражения ЦНС средний уровень ВН ВИЧ в СМЖ был в 11,8 раз выше, чем у пациентов без поражения ЦНС ($p < 0,05$). Рекомендовано проведение исследования по определению РНК ВИЧ не только в плазме крови, но и в СМЖ с целью выявления начальной стадии ВИЧ – ассоциированных нейрокогнитивных расстройств, а также для определения дальнейшей тактики обследования, ведения и назначения АРВТ.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Алимов А.В., Новоселов А.В., Вяткина Л.Г., Чалана В.И.

Научно-исследовательский институт вирусных инфекций, г. Екатеринбург

Цель. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Уральском федеральном округе с учетом итогов 2016 года.

Материалы и методы. Материалами для анализа послужили статистические данные, предоставленные территориальными Центрами по профилактике и борьбе со СПИД в субъектах РФ, входящих в Уральский федеральный округ (УФО). Методы исследования: ретроспективное эпидемиологическое исследование, описательно-оценочные и статистические методы.

Результаты и обсуждение. Анализ эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции в УФО с учетом многолетней динамики показателей и данных за 2016 год, выявил, что, по показателям заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией, УФО остается в числе самых неблагополучных регионов РФ. Вместе с тем, в 2016 году в целом на территории УФО наблюдалось снижение показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 3,84% по сравнению с 2015 годом за счет снижения данного показателя в Свердловской, Челябинской областях и в ХМАО-Югре. Вместе с тем, показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Курганской, Тюменской областях и в ЯНАО продолжали расти, что указывает на недостаточную эффективность профилактических мероприятий. В Свердловской области за последние два года наблюдалось снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией (в 2015 году – на 2,18%; в 2016 году – на 6,78%), что сви-

детельствует о стабилизации эпидемического процесса. Тенденция к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Свердловской и Челябинской областях коррелировала с наращиванием интенсивности комплексных профилактических и противоэпидемических мероприятий с реализацией системного межведомственного подхода. В многолетней динамике ежегодного относительного прироста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в УФО за последние 10 лет были выявлены пиковые значения, встречавшиеся с периодичностью 1 раз в 4 года (в 2006, 2010 и 2014 году). В 2015 и в 2016 году данный показатель снижался. В 2016 году среди субъектов РФ, входящих в УФО, положительные значения относительного прироста заболеваемости ВИЧ-инфекцией наблюдались в ЯНАО (32,51%), в Курганской (13,39%) и в Тюменской областях (6,21%), что, при сохранении выявленной закономерности, может вызвать новый подъем ежегодного относительного прироста заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Соотношение впервые выявленных ВИЧ-инфицированных лиц в УФО по признаку пола за последние годы не претерпело существенных изменений. В 2016 году показатель заболеваемости женского населения составил $93,9 \text{ ‰}_{0000}$; показатель заболеваемости мужского населения – $172,4 \text{ ‰}_{0000}$. Наиболее высокие уровни заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории УФО в 2016 году, как и в 2015 году, наблюдались в возрастной группе 30-39 лет. В 2016 году основным путем распространения ВИЧ-инфекции на территории УФО был половой путь, причем женщины заражались половым путем (53,8%) чаще, чем мужчины. Вторым по частоте передачи ВИЧ-инфекции в 2016 году являлся наркотический путь: большинство заразившихся этим путем составляли мужчины (76,0%). Расчет показателя пораженности ВИЧ-инфекцией беременных женщин по унифицированной методике показал, что в 2016 году пороговый 1% уровень превышен в Свердловской (1,96%), Тюменской (1,87%), Челябинской (1,52%) областях и в ХМАО-Югре (1,31%). В Курганской области показатель составил 0,91%, в ЯНАО – 0,44%.

Выводы. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в УФО показал, что эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции остается напряженной. В Свердловской области за последние два года (2015 и 2016) отмечалось снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией, коррелировавшее с наращиванием профилактических и противоэпидемических мероприятий.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ ЗАРАЖЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Галиуллин Н.И., Нагимова Ф.И., Хабибуллина Г.И., Ткачева Н.В., Кибардина С.К., Жаворонкова Е.В., Ахтареева Г.Г., Нургаянова Ф.Г., Шафикова Р.П., Зарифзянова М.Э., Кузнецова Е.Ю., Маннапова Г.Ф.
Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Казань

Цель. Провести сравнительную оценку доли ранних случаев инфицирования среди первично-выявленных ВИЧ-инфицированных лиц с учетом принадлежности к различным группам населения в выборках за последние 2 года.

Материал и методы. Использовали тест-систему «ДС- ИФА-ВИЧ-АТ – СРОК» (Н.Новгород), которая позволяет распознать «ранние» (менее 9 месяцев) и «поздние» (более 9 месяцев) сроки инфицирования ВИЧ.

С целью эпидемиологического мониторинга в период с мая по июль 2015 года проведено обследование 380 лиц (241 мужчина и 139 женщин) с первично выявленной ВИЧ-инфекцией, из которых: поступающие на стационарное лечение – 143, добровольно обратившиеся в поликлинику – 96, обследованные по клиническим показаниям – 23, беременные – 21, больные наркоманией и токсикоманией – 15, страдающие болезнями, передающимися половым путем – 5, находящиеся в местах лишения свободы – 45, доноры – 2, контактные по ВИЧ – 21, иностранные граждане – 9. В 2016 году обследовано 1460 лиц (928 мужчин и 532 женщины) с первично выявленной ВИЧ-инфекцией, из которых: поступающие на стационарное лечение – 523, добровольно обратившиеся в поликлинику – 391, обследованные по клиническим показаниям – 65, беременные – 58, больные наркоманией и токсикоманией – 84, страдающие болезнями, передающимися половым путем – 39, находящиеся в местах лишения свободы – 147, доноры – 15, контактные по ВИЧ и партнеры по внутривенному введению наркотиков – 95, иностранные граждане – 27, лица с беспорядочными половыми связями – 6, половые партнеры беременных – 7, военнослужащие или поступающие на военную службу – 3.

Результаты и обсуждение. В 2015 году из 380 лиц «ранний» срок заражения определен у 62 лиц (34 мужчины и 28 женщин), доля «ранних» случаев выявления составила 16%, в 2016 году – у 233 лиц (150 мужчин и 83 женщины), тоже 16 % «ранних» случаев. Проанализирована доля «ранних» сроков инфицирования и определен ее процент в группах населения, различающихся по полу и степени риска заражения ВИЧ-инфекцией. Доля «ранних» случаев среди мужчин в 2015 году составляла 14%, в 2016 году – 16,2%; среди женщин – соответственно 20,1% и 15,6%. Среди лиц, поступающих на стационарное лечение, доля «ранних» в 2015 году – 19%, в 2016 году – 19%, среди добровольно обратившихся в поликлинику – соответственно 15% и 13,0%, обследованных по клиническим показаниям – 13,0% и 25%, беременных – 29% и 17%, больных наркоманией и токсикоманией – 33% и 14%, страдающих болезнями, передающимися половым путем – 20% и 8%, находящихся в местах лишения свободы – 7% и 13%, контактных по ВИЧ – 14% и 22%.

«Поздний» срок заражения выявлен у 318 лиц из 380 в 2015 году (84%) и у 1227 лиц из 1460 в 2016 году (84%).

Выводы. Существенное преобладание «поздних» случаев в обеих группах (за 2015 и 2016 годы) и отсутствие увеличения доли «ранних» случаев среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных лиц коррелирует с наблюдаемым в настоящее время некоторым уменьшением темпов прироста ВИЧ-инфекции в Республике Татарстан (2014 г – 1431, 2015 г – 1483, 2016 г – 1405, 6 мес. 2017 года – 606 новых случаев). Полученные данные могут быть использованы для прогноза эпидемиологической ситуации по ВИЧ в Республике Татарстан, а также в исследованных группах населения.

ИЗМЕНЕНИЯ ВИДОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ CANDIDA SPP ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. КАЗАНИ

Котляр Е.Ю.¹, Захарова О.С.¹, Бешимов А.Т.¹, Шулаева М.П.²

¹Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,

²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Цель: изучение влияния ВААРТ на частоту распространения и видовые особенности грибов рода *Candida* слизистой языка при ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Было исследовано 222 мазка со слизистой языка на наличие грибов. В качестве основного метода диагностики использовали микробиологические исследования. После получения чистой культуры на хромогенном агаре для *Candida* проводили идентификацию грибов с помощью системы AuhColor 2. Фактор патогенности (ФП) оценивался по морфологической трансформации. Полученные результаты обрабатывали с помощью программы Statistica для Windows (версия 10.0). Для определения зависимости роста грибов от количества CD4 и нагрузки вирусных частиц на геном хозяина использовали Т-критерий и коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. Из 222 больных ВИЧ-инфекцией на момент обследования, согласно российской классификации В.И. Покровского, 146 человек находились на III стадии: 50 человек (1 группа) не получали лечение, 96 человек (2 группа) получали лечение; и 76 человек (3 группа) на IV стадии и получали лечение. Грибы были выделены у 80% обследованных из первой группы (ФП 13%), у 68% обследованных из второй группы (ФП 7%) и у 78% обследованных из третьей группы (ФП 23%). Основной возбудитель кандидоза – *C. albicans* 71% (n=152), 29% (n=61) грибов выявили как «non - albicans». Среди группы «non - albicans» приоритет принадлежал *C. dubliniensis* 41% (n=25). В первой группе *C. dubliniensis* встречался в 55% (n=11) случаях «non - albicans», во второй 27% (n=4) и третьей группе 38% (n=10). Остальные «non - albicans» выделялись реже: *C. tropicalis* 11% (n=7), *C. glabrata* - 8% (n=5), *C. krusei* - 8% (n=5), *C. kefyr* - 7% (n=4), *C. lusitanae* - 5% (n=3), *C. parapsilosis* - 2% (n=1), *Saccharomyces cerevisiae* - 5% (n=3), *C. lipolytica* - 5% (n=3), *C. zeylanoides* - 7% (n=4), *C. norvegensis* - 2% (n=1).

Сравнение данного исследования с исследованием 2007 года показало, что этиологическое значение *C. albicans* снизилось с 79,7% до 71%, а видовой состав «non-albicans» расширился: в этом году появились такие редкие виды как *C. lipolytica*, *C. zeylanoides*, *C. norvegensis*.

В процессе обследования было выделено 25 ассоциаций: по 2 гриба - 18 раз (в 1 гр. - 4, в 2 гр. - 4 и в 3 гр. - 10), по 3 гриба - 7 раз (в 1 гр. - 2, в 2 гр. - 2 и в 3 гр. - 3). Частота участия *C. albicans* и *C. dubliniensis* в ассоциациях одинакова (по 14 случаев), причем наличие ассоциаций не зависит от стадии и от того, принимает ли пациент ВААРТ.

Количество CD4 на третьей стадии при выделении грибов и без выделения значимо не различались (T=0,113, p=0,91 без лечения; T=-0,067, p=0,95 с лечением).

При изучении зависимости наличия грибов от количества клеток CD4 и наличия грибов от нагрузки вирусных частиц на геном хозяина было показано, что достоверная

зависимость отсутствует ($r=0,04923$ и $r=0,09794$ соответственно).

Выводы. Доказано изменение видовой популяции *Candida* spp. при ВИЧ-инфекции в г. Казани в сторону снижения значения *C. albicans*. Разнообразие выделенных штаммов «non - albicans», с учетом природной резистентности, подтверждает целесообразность проведения видовой идентификации. Кандидоз слизистых является клиническим признаком иммуносупрессии при ВИЧ-инфекции до развития иммунодефицита и на фоне лечения АРВТ.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ ПОПУЛЯЦИИ *CANDIDA* SPP. К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г.КАЗАНИ

Котляр Е.Ю.¹, Захарова О.С.¹, Бешимов А.Т.¹, Шулаева М.П.²

¹Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,

²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Цель: изучение чувствительности грибов рода *Candida*, выделенных со слизистой языка при ВИЧ-инфекции к противогрибковым препаратам.

Материалы и методы. В работе изучена чувствительность 213 грибов к противогрибковым препаратам: *C. albicans* 71% (n=152) и «non-albicans» 29% (n=61) выделенных со слизистой языка у ВИЧ-инфицированных пациентов находящихся на III и IV стадии заболевания. Чистоту культур контролировали на хромогенном агаре для *Candida* (Oxoid). Чувствительность к противогрибковым препаратам проводили на планшетах Yeastone Sensititre (Thermo Scientific) и Fungitest (Bio Rad) методом микро разведений. Интерпретацию полученных данных проводили согласно стандарта CLSI M27- S4.

Результаты. По результатам нашего исследования наиболее распространенный возбудитель кандидоза *C. albicans* проявляет устойчивость к противогрибковым препаратам двумя пиками: к интраконазолу (23%) и флуконазолу (16%).

В монокультуре представлены 33% (n=20) грибов «non-albicans». Из 11 видов «non-albicans» только *C. parapsilosis* был чувствительным к интраконазолу в 100% случаев, *C. dubliniensis*, *C. krusei*, *C. kefyr*, *Saccharomyces cerevisiae* и *C. lipolytica* были устойчивы в 33%, 80%, 33%, 75% и 66% случаях соответственно, а *C. tropicalis*, *C. zeylanoides*, *C. glabrata*, *C. lusitaniae*, *C. norvegensis* имели 100% устойчивость к данному препарату.

К флуконазолу проявляли чувствительность 100% штаммов *C. lusitaniae*, *C. kefyr*, *C. parapsilosis*. Остальные грибы «non-albicans» были устойчивыми к флуконазолу *C. tropicalis* - 14%, *C. glabrata* - 83%, *C. krusei* - 80%, *Saccharomyces cerevisiae* - 25%, *C. lipolytica* - 33%, *C. zeylanoides* - 40%, *C. dubliniensis* - 8%.

Из выделенных культур 27% (n=57) составляли ассоциации по 2 -3 гриба, некоторые из которых были полирезистентными: *C. tropicalis*, *C. norvegensis* и 2 штамма *C. glabrata*, проявляли устойчивость к интраконазолу, кетоконазолу, миконазолу, флуконазолу; *C. krusei*, *Saccha-*

romyces cerevisiae - к амфотерицину, интраконазолу, кетоконазолу, миконазолу, флуконазолу, флуороцитозину; *C. dubliniensis*, *C. zeylanoides* и *C. lipolytica* - к интраконазолу, кетоконазолу, миконазолу, флуконазолу, флуороцитозину. Причем все полирезистентные штаммы были выделены у ВИЧ-инфицированных пациентов, принимающих ВААРТ.

Выводы. У пациентов при ВИЧ-инфекции в г. Казани на слизистой языка *C. albicans* замещается менее патогенными, но обладающими устойчивостью к противогрибковым препаратам грибами «non-albicans». В связи с природной и вторичной устойчивостью грибов «non-albicans» следует проводить определение их чувствительности к противогрибковым препаратам до назначения этих препаратов больным с ВИЧ – инфекцией.

О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С НЕОПРЕДЕЛЕННЫМ ИМУННЫМ БЛОТОМ

Белоглазова В.А., Майорова С.О., Лисицина З.Н., Сизова Н.В.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Пациент А 1997 года рождения. Житель Санкт-Петербурга. Заразился половым путем. Имел гомосексуальные контакты. Двое из половых партнеров противовирусную терапию не получали. Болен с февраля 2015 года. Жалобы на слабость, сухой кашель, повышение температуры до 39 градусов в течение нескольких дней. Похудел. В июне 2015 года обратился в детскую поликлинику, где был обследован. При лабораторном обследовании повышение уровня АЛТ – 174 ед/л, АСТ – 299 ед/л. Выставлен диагноз острый гепатит. Изменения со стороны клинического анализа крови (лейкопения, анемия, повышение СОЭ до 82 мм/час) позволили врачу заподозрить острый лейкоз и пациент был направлен к врачу-гематологу для консультации. При первичном лабораторном обследовании на ВИЧ – инфекцию выявлен положительный результат в иммуноферментном тесте. Образец крови был направлен в референс - лабораторию для проведения подтверждения данного результата, где в тест-системах Genscreen HIV Ultra Ag-Ab (оптическая плотность сыворотки 4,875 против оптической критической 0,295), в тест-системе Architect Ag-Ab Combo (оптическая плотность сыворотки 91,520 против оптической критической 1,0) получили положительный результат. В иммуноферментной тест-системе выявлен антиген р 24. В иммунном блоте слабая полоса в области р 24. В итоге заключение – результат неопределенный от 18.06.2015 года. Пациент направлен в городской центр СПИД, где определен высокий уровень вирусной нагрузки (количество РНК более 10 млн копий/мл) и низкий уровень лимфоцитов CD 4 (79 кл/мкл). Госпитализирован в стационар центра СПИД 01.07.2015 года. Назначена противовирусная терапия (DDL, 3ТС, EFV). На фоне терапии состояние улучшилось. Вирусная нагрузка снизилась до 63 254 копий/мл, CD 4 лимфоциты увеличились до 179 кл/мкл. Выписан в удовлетворительном состоянии. При очередном обследовании 15.10.2015 года вновь наблюдалось ухудшение состояния. Уровень вирусной нагрузки увеличился до первоначального уровня (более 10 млн. коп/мл), CD 4 лимфоциты снизились до 69 кл/мкл. По-

вторная госпитализация в стационар и очередная смена противовирусной терапии (TDF+ 3TC+ DRV+ RTV). С показателями вирусной нагрузки 182 713 коп/мл и CD4 лимфоцитами 362 кл/мкл пациент выписан под диспансерное наблюдение. На протяжении года не удалось снизить количество РНК до неопределяемого уровня. Был назначен тест на тропность вируса к CCR5 рецепторам и вновь изменена схема противовирусной терапии (TDF+RAL+MVC). На май 2017 года достигнута минимальная вирусная нагрузка (97 коп/мл). Количество CD 4 лимфоцитов увеличилось до 443 клеток/мкл.

В связи с неопределенными результатами при постановки иммунного блота, на протяжении двух лет неоднократно проводились исследования образцов сывороток крови. Для проведения иммуноферментных исследований использовались тесты различных фирм производителей: Genscreen HIV Ultra Ag-Ab, Cobas HIVCombi Ag/Ab, Architect HIV Ag/Ab Combo. Для выявления антигена p 24 исследования проводились на тест-системе Cobas HIV Ag. Положительные результаты в иммуноферментных тестах, в том числе и на выявление антигена p24 наблюдали до ноября 2015 года. С 30.06.2016 года по 26.05.2017 года были исследованы четыре пробы крови, взятые в разные периоды. Две из них были отрицательные в иммуноферментных тест-системах. Антиген p 24 также выявлен не был. В двух пробах только в тест-системе Cobas HIV Combi Ag/Ab было небольшое превышение оптической плотности исследуемого образца (1,02; 3,83 против оптической критической 1,0). Антиген p 24 не определялся.

В иммунном блоте (NEW LAV BLOT HIV 1) на протяжении двух лет были отмечены слабо заметные полосы в разном сочетании только в области белков сердцевин (p 24, p 55) и в области белков полимеразы (p 68, p 52). В двух случаях иммунный блот был полностью отрицательный. Антител к вирусу второго типа выявлено не было.

При молекулярно-биологическом исследовании был определен двойной рекомбинантный вариант вируса CRF 02_AG + подтип В. Рекомбинантный вариант CRF 02_AG относится к CCR5 тропным вирусам. Большая часть изолятов являются вариантами, характеризующимися способностью к накоплению высокой концентрации вирусного белка p 24. В крови у пациентов, инфицированных CRF 02_AG ВИЧ -1, не имеющих клинически выраженных признаков прогрессирования заболевания, регистрируется более высокий уровень концентрации вирусной РНК по сравнению с лицами, инфицированными не CRF 02_AG вариантами ВИЧ 1.

Выводы. Пациент, имеющий множественные половые гомосексуальные связи. При генотипировании выявлен двойной рекомбинантный вирус CRF 02_AG + подтип В. На протяжении двух лет противовирусной терапии у пациента значительно снизился уровень РНК, однако не достиг неопределяемого уровня. В силу особенностей вируса и, возможно, особенностей организма выработка антител к белкам вируса происходит очень слабо. При неопределенном иммунном блоте для постановки диагноза ВИЧ - инфекции использовался комплексный подход: клинические, эпидемиологические, лабораторные (молекулярно-биологические, иммунологические) данные.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С САРКОМОЙ КАПОШИ

*Гусев Д.А., Лиознов Д.А., Леонова О.Н., Ренев В.Д.
Центр по профилактике и борьбе со СПИД и
инфекционными заболеваниями,
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И.П. Павлова, Санкт-Петербург*

Актуальность. По литературным данным у пациентов с ВИЧ-инфекцией саркома Капоши встречается в 300 раз чаще, чем у больных, принимающих иммуносупрессивную терапию, и в 2000 раз чаще, чем среди населения в целом. В начальном периоде пандемии (с 1980 по 1990 годы) заболевание встречалось у 40-50% больных в стадии СПИДа (в основном у гомосексуалистов и бисексуалов). Саркома Капоши (ангиосаркома Капоши, множественная идиопатическая геморрагическая саркома) – системное опухолевое многоочаговое заболевание сосудистого генеза с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов и внутренних органов. Саркома Капоши (СК) является новообразованием эндотелиальной природы. С применением комбинированной антиретровирусной терапии отмечается снижение числа пациентов с саркомой Капоши до 9-18%. На сегодняшний день доказано, что саркома Капоши при ВИЧ-инфекции возникает по причине действия вируса герпеса 8-го типа, передаваемого через кровь, слюну или при половом контакте.

Цель. Анализ частоты встречаемости саркомы Капоши у пациентов с ВИЧ-инфекцией, находящихся на лечении в стационаре Центра СПИД.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании проведен анализ стационарных карт пациентов с сопутствующей саркомой Капоши, находившихся на лечении в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями в 2015-2016 гг.

Результаты и обсуждение. В т 2015-2016 гг. в стационаре Центра СПИД зарегистрировано 27 пациентов с саркомой Капоши из них 11 больных в 2015 году, что составило – 0,6% от общего количества пациентов с ВИЧ-инфекцией и 16 (0,8%) в 2016 году. Средний койко/день пациентов с данным заболеванием составил 33,2. Из общего количества исследуемых пациентов с саркомой Капоши женщины составили – 4 (14,8%). Остальные 23 (85,2%) были мужчины, которые заразились ВИЧ-инфекцией при гомосексуальных или бисексуальных контактах. В анамнезе на внутривенное введение наркотиков указали 7 (26%) пациентов, из которых были 3 женщины и 4 мужчин. Несмотря на употребление наркотических препаратов внутривенно, 4 мужчин указывали на гомосексуальные связи.

Жителями города были 18 (66,7%) больных, остальные пациенты приехали в Санкт-Петербург из разных регионов РФ и имели временную регистрацию. Из 27 больных имели постоянную работу – 9 (33,3%), инвалидность установлена 6 (22,2%) пациентам, остальные 12 (44,5%) не работали. Из исследуемых пациентов с саркомой Капоши инфекции передающиеся половым путем (сифилис, гонорея) диагностированы у 13 (48,1%), что

свидетельствует в пользу беспорядочных половых связей. У 19 (70,3%) ВИЧ-инфекция была выявлена впервые после обращения к дерматологу в связи с появлением на коже элементов саркомы Капоши или для лечения сифилиса и/или гонореи (13 человек).

Средний уровень CD4- лимфоцитов составил $78,7 \pm 12,9$ кл/мкл, ВН ВИЧ – $135998 \pm 59\,328$ копий/мл. У всех пациентов определялось снижение уровня гемоглобина и средний уровень составил – 102 ± 18 г/л. Хронические вирусные гепатиты были диагностированы у 11 (40,7%) больных: ХВГС у 9 и ХВГВ – у 2 пациентов. Всем пациентам выставлена 4В стадия ВИЧ-инфекции. Оппортунистические инфекции проявлялись в виде: микоза пищевода – 5 (18,5%); ВИЧ-энцефалита – у 3 (11,1%); токсоплазмоза головного мозга – 1 (3,7%); генерализованной цитомегаловирусной инфекции – 1 (3,7%). На фоне начала антиретровирусной терапии у 4-х (14,8%) пациентов наблюдался синдром реконституции в виде – туберкулеза у 2-х пациентов и Герпеса Зостер у 2-х (7,4%) больных. Один пациент поступил с тяжелым проявлением саркомы Капоши на фоне поражения: кожи, легких, кишечника и генерализованного кандидоза. В связи с тяжестью состояния пациента, поздним поступлением, низким иммунным статусом спасти пациента не удалось.

Выводы. В большинстве случаев (70%) саркома Капоши и ВИЧ-инфекция были выявлены одновременно при обращении к дерматовенерологу. У пациентов с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции саркома Капоши протекает тяжелее, с тенденцией к десминимации и быстрой прогрессии. При позднем установлении диагноза и отсутствии своевременной назначенной противовирусной терапии приводит к летальному исходу.

Таким образом, требуется повышение настороженности специалистов при проведении дифференциального диагноза сосудистых опухолей и внедрение широкого тестирования населения на антитела к ВИЧ для раннего выявления больных и своевременного начала терапии ВИЧ-инфекции.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЭРУ НАЧАЛА АКТИВНОГО НАЗНАЧЕНИЯ АРТ И В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Захарова Н.Г., Дворак С.И., Леонова О.Н., Гусев Д.А.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

В условиях более чем 10 летнего широкого назначения АРТ больным ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге актуальными остаются вопросы, связанные с причинами ее неэффективности, сопровождающейся летальным исходом. Характер динамики заболеваний, определяющих летальные исходы, позволит наметить пути оптимизации клинического управления ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования. Сравнительный анализ структуры летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией в эру начала активного назначения АРТ и в современных условиях.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный (по первичной медицинской документа-

ции) анализ причин смертельных исходов у больных, получавших АРТ в СПб Центр СПИД в периоды 2010-2013 гг. (n=7995 чел.) и 2014-2016 гг. (n=14348 чел.).

Результаты. С 2010 по 2013 год было зарегистрировано 646 летальных исходов у больных принимавших АРТ. У большинства из них (72,0% - 466 чел.) такой исход был обусловлен прогрессией ВИЧ-инфекции до стадии СПИД, и преобладанием (68,2%) туберкулеза, как оппортунистической инфекции. Летальные исходы не имели непосредственной связи с ВИЧ-инфекцией у 28% больных. Среди них вследствие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - 7,4%; патологии печени - 5,4%; внешних причин - 6,3%, в том числе - социального характера; онкологических заболеваний, не связанных с ВИЧ - 4% и 2,8% - от других соматических заболеваний; медикаментозные причины - 0,5%. В последующий период (2014-2016 гг.) летальные исходы зарегистрированы у 896 человек, получавших АРТ. Отмечены структурные изменения причин смертельных исходов в сравниваемых периодах. В частности установлено достоверное снижение частоты летальных исходов от СПИДа в 1,6 раза: 466/646, 72,1% против 555/896, 61,9% соответственно; (OR=1,6; ДИ95%=1,3-2,0), (p<0,001) и от туберкулеза в 2,1 раза (318/466, 68,2% и 283/555, 51,0%), (OR=2,1; ДИ95%=1,6-2,7), (p<0,001). Вместе с тем определялось достоверное увеличение числа летальных исходов от СПИД-ассоциированных злокачественных заболеваний: с 3,0% в 2010-2013гг. до 9,7% в 2014-2016гг. (OR=3,5; ДИ95%=1,9-6,3), (p<0,0001), при этом у 79,6% (43 чел) были диагностированы неходжкинские лимфомы. Наряду с этим возросла частота летальных исходов от пневмоний на стадии СПИД с 10/466, 2,1% до 54/555, 9,7% (OR=4,9; ДИ95%=2,5-9,8), (p<0,0001). В структуре причин летальных исходов, не связанных с ВИЧ, в 1,5 раза определялся рост числа сердечно-сосудистых заболеваний: 48/466, 7,4% и 94/896, 10,5% и (OR=1,5; ДИ95%=1,0-2,1), (p<0,05). В тоже время не было выявлено достоверных структурно-динамических изменений летальных исходов от других причин (патология печени, внешние причины, онкологические заболевания, не связанные с ВИЧ, другие соматические заболевания).

Заключение. Таким образом, при сравнении причин летальных исходов у больных, получавших ВА-АРТ, в периоды с 2010-2013 и 2014-2016гг. достоверные структурные изменения определялись снижением числа умерших от СПИД в 1,5 раза, от туберкулеза в 2,1 раза; увеличением в 3,5 раза от СПИД-ассоциированных онкологических заболеваний и в 4,9 раза от пневмоний на стадии СПИД, а также увеличением в 1,5 раза причин вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, не связанных с ВИЧ.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Белякова А.В.¹, Суковатова О.В.²

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

²Межрегиональная общественная организация «Врачи детям», Санкт-Петербург

Первые годы жизни ребенка имеют фундаментальное значение для его дальнейшего развития. Нами проведена оценка состояния здоровья детей раннего возраста, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Проанализирована частота неврологической заболеваемости у 250 детей в возрасте от 4 месяцев до 2 лет. Критерием исключения являлись положительные/сомнительные результаты ПЦР на ВИЧ, наличие ВИЧ-инфекции у ребенка. Группу сравнения составили 100 детей второго года жизни с перинатальным поражением ЦНС от матерей, не инфицированных ВИЧ.

Неврологические расстройства у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, на первом году жизни выявлены в 100% анализируемых случаев. Перинатальное поражение центральной нервной системы (чаще гипоксически-ишемического и гипоксически-токсического генеза) проявлялось в виде синдромов: двигательных нарушений (87,5%), задержки психомоторного и речевого развития (45,5%), синдрома гиперактивности (32,5%). К году жизни у 28% детей диагностировалась резидуальная энцефалопатия (в двух случаях – угроза ДЦП).

Признаки перинатального поражения ЦНС у детей группы сравнения проявлялись в основном в виде синдрома двигательных нарушений (92%), гипертензионного (14%), синдрома вегето-висцеральных нарушений (48%), а также натальной травмы шейного отдела спинного мозга (67%). К 1 году жизни у 7% детей диагностирована резидуальная энцефалопатия, в остальных случаях наблюдалось выздоровление.

Таким образом, перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции является высочайшим фактором риска перинатального поражения ЦНС у детей, исходом которого часто является резидуальная энцефалопатия. У более 45% детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в первые 2 года жизни отмечается задержка психомоторного и речевого развития.

Учитывая эти данные, одним из важных компонентов в работе с ВИЧ-инфицированными женщинами является обучение матерей навыкам развития ребенка. В проекте «МАМА+» Межрегиональной общественной организации «Врачи детям» с целью обеспечения правильного развития ребенка, а также снижения риска насилия и пренебрежения нуждами ребенка, психологи применяют концепцию раннего вмешательства, которая позволяет оказывать наиболее полную поддержку семьям с маленькими детьми. Программы, работающие по методикам раннего вмешательства, направлены на помощь детям первых трех лет жизни с неврологическими нарушениями, отставанием или угрозой отставания в психическом развитии. В эту группу входят дети биологического и социального риска, включая детей, чьи родители не могут обеспечить им необходимых условий развития: дети несовершеннолетних матерей, дети из семей с низким образовательным и социально-экономическим уровнем, а также дети, подвергающиеся насилию в семье. Концепция раннего вмешательства основана на активном обучении родителей и ближайшего окружения и привлечении их к работе по развитию ребенка. Для диагностики уровня развития ребенка и оказания ранней психолого-педагогической помощи, специалисты проекта «МАМА+» используют методику «Маленькие ступеньки». Для каждой семьи составляется индивиду-

альная программа помощи. Родителей обучают специальным игровым упражнениям и навыкам общения с ребенком. Применение принципов и технологий раннего вмешательства в работе с ВИЧ-инфицированными женщинами и их детьми позволяет снижать риск нарушений психомоторного и речевого развития у детей.

Выводы.

У детей раннего возраста с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции регистрируется высокая частота неврологической патологии, которая часто сопровождается задержкой психомоторного и речевого развития.

В целях профилактики и коррекции задержки развития детей, ВИЧ-инфицированным матерям из групп повышенного социального риска необходимо предоставление услуг по обучению их методам стимуляции психомоторного и речевого развития ребенка.

ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР КОНТРАЦЕПЦИИ – ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р., Курманбаев Т.Е., Хайруллина Э.А.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России характеризуется неуклонным ростом новых случаев инфицирования с ростом значимости полового гетеросексуального пути передачи и увеличением доли женщин в структуре заболеваемости. Переход эпидемии ВИЧ-инфекции в генерализованную стадию уже констатирован в 20 субъектах РФ. Общеизвестно, что презервативы при условии правильного использования являются высокоэффективным методом профилактики ВИЧ-инфекции. В связи с тем, что источником инфекции могут выступать как случайные, так и постоянные половые партнеры, незащищенные половые контакты будут способствовать дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции в популяции.

Цель данного исследования – оценить «популярность» использования презервативов среди женщин г. Казани.

Материалы и методы. Проведён опрос 150 женщин, обратившихся за медицинской помощью в одну из женских консультаций г. Казани в 2016 году. Были отобраны следующие данные: возраст; возраст начала половой жизни; семейный статус; число половых партнеров в течение жизни; число беременностей; число искусственных абортов; наличие инфекций, передающихся половым путем, в анамнезе; методы контрацепции. Опрошены 2 девушки 15–19 лет ($1,3 \pm 0,9\%$), 65 женщин 20–29 лет ($43,3 \pm 4,1\%$), 44 респондентки 30–39 лет ($29,3 \pm 3,7\%$), 16 женщин 40–49 лет ($10,7 \pm 2,5\%$), 13 респонденток 50–59 лет ($8,7 \pm 2,3\%$), 10 человек старше 60 лет ($6,7 \pm 2,0\%$). В исследовании приняли участие 112 женщин, находящихся в официальном браке ($74,7 \pm 3,5\%$), и 38 женщин «вне брака» ($25,3 \pm 3,5\%$). Возраст женщин колебался от 15 до 79 лет. Средний возраст составил $35,3 \pm 13,3$ лет. Средний возраст начала половой жизни в данной выборке составил $19,3 \pm 2,8$ лет.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных женщин выявлено низкое «контрацептивное» поведение. Лишь 51 женщина ($34,0 \pm 3,9\%$) предохраняется от нежелательной беременности: 34 женщины ($22,6 \pm 3,4\%$)

используют презерватив, 9 респондентов ($6,0 \pm 1,9\%$) прибегают к прерыванию полового акта, 4 женщины ($2,7 \pm 1,3\%$) предохраняются при помощи оральных гормональных контрацептивов, 4 опрошенные ($2,7 \pm 1,3\%$) – при помощи внутриматочной спирали (ВМС). Настораживает, что большая часть женщин ($66 \pm 3,9\%$) пренебрегает мерами защиты. Среди них 14 респондентов ($14,1 \pm 3,5\%$) не предохраняются в связи с климаксом, отсутствием матки либо бесплодием.

Те женщины, которые предохраняются при помощи оральных гормональных контрацептивов, прерванного полового акта, ВМС, также подвержены риску заражения инфекциями, передающимися половым путем, в том числе и ВИЧ-инфекцией.

Выводы. Выявлена низкая приверженность безопасному поведению. В связи с ростом значимости гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции перспективным является популяризация среди населения использования презервативов и тестирования перед переходом к «незащищенным отношениям».

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И РЕГИСТРАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ВЕДОМСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Буланьков Ю.И.

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург*

Цель: вынести на обсуждение проблемы регистрации ВИЧ-инфицированных граждан и сотрудников, выявленных в результате скрининга в ведомственных медицинских организациях.

Среди более 1 миллиона ВИЧ-инфицированных граждан РФ несколько тысяч выявлены среди сотрудников разных ведомств (в т.ч. силовых) в ведомственных медицинских организациях. При этом нормативная база диагностики и оказания помощи ВИЧ-инфицированным в различных ведомствах имеет свои особенности и строго не синхронизирована с МЗ РФ.

Современная нормативная база МЗ РФ предусматривает жесткий алгоритм лабораторного подтверждения и регистрации случаев ВИЧ-инфекции в РФ. Принципиальными моментами этой системы в настоящее время являются:

- подтверждение диагноза методом иммунного блоттинга и/или ПЦР;
- обращение пациента в специализированную медицинскую организацию (территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД).

Часть ведомственных медицинских организаций (МО РФ, ФМБА, ФСБ и т.п.) являются бюджетными организациями, оказывающими платные медицинские услуги и работающими в системе обязательного медицинского образования. Таким образом, они обеспечивают медицинскую помощь не только закрепленному ведомственному контингенту, но и гражданскому населению.

Во многих из этих медицинских организаций имеются скрининговые лаборатории, осуществляющие первичное серологическое ИФА-обследование пациентов на ВИЧ-инфекцию. Часть медицинских организаций МО РФ имеет свои референтные лаборатории, способные подтверждать скрининговые результаты методами иммунного блоттинга (ИБ) и ПЦР. Нормативная база

МЗ РФ не учитывает возможности этих ведомственных лабораторий и рассматривает единственный алгоритм диагностики с участием только лабораторных подразделений территориальных Центров СПИД. Для этого предусмотрена транспортировка в них первично ВИЧ-серопозитивных проб граждан. Подобный алгоритм часто не подкреплён нормативными актами медицинской службы ведомств (транспортировка потенциально инфицированного ВИЧ-материала требует соблюдения достаточно строгих санитарных правил и расходов). В современных условиях смысл организации такой строгой системы вызывает сомнение, поскольку даже в случае дальнейшего положительного результата в ИБ до посещения пациентом Центра СПИД диагноз все равно не будет регистрироваться. При уровне обращаемости первично выявленных в скрининге пациентов 30-40% все затраты на референтную диагностику до этого момента могут оказаться неоправданными. Через несколько лет, а, может, и в другом регионе алгоритм диагностики придется повторять снова.

С другой стороны, регистрация случая заболевания только по результатам завершённой лабораторной диагностики создаёт предпосылки искусственного увеличения числа инфицированных пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении (дополнительные средства на их обследование и лечение).

Реализация подобного подхода создаёт предпосылки разобщения информации регистра ВИЧ-инфицированных и службы крови, обеспечивающих инфекционную безопасность донорства и трансплантаций. Лабораторное подтверждение диагноза даже при неявке пациента в Центр СПИД и отсутствие юридически окончательного диагноза все равно служит поводом для исключения пациента из числа доноров и внесение его в базу данных службы крови.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 8 апреля 2017 года №426г в стране создан регистр ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом в рамках которого планируется организация учета ВИЧ-инфицированных в целях оптимизации помощи больным за счет ее адресности и повышения уровня контроля за расходованием государственных средств, выделяемых на проблему.

Представляется целесообразным рассмотреть вопрос о создании ведомственных регистров в качестве секторальных отделений федерального регистра. При этом нужно рассмотреть возможность повышенного уровня защиты информации и санкционированного доступа в отношении больных из числа сотрудников ведомств (особенно силовых).

Проблемным вопросом является система доступа уполномоченных сотрудников медицинской службы ведомств к защищенным федеральным каналам связи и хранения информации.

Функционирование ведомственных отделений регистра может быть оправдано в свете расширения охвата больных антиретровирусной терапией, которая возможно, будет осуществляться самими ведомствами (вопрос требует дополнительного изучения).

Выводы.

Реализация ПП №426 требует от медицинской службы ведомств аудита и оптимизации нормативной базы

диагностики, регистрации и медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

Целесообразно рассмотреть возможность оптимизации этапа референтной диагностики в направлении повышения значимости экспресс-анализа при первом посещении специализированной медицинской организации (Центра СПИД) и использование метода «сухая капля», чтобы заменить (исключить) систему транспортировки потенциально инфицированных проб из медицинских организаций.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ ПЕРЕД НАЧАЛОМ АРТ

Чеганов А.В., Кравченко А.В., Канестри В.Г.

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Цель: клинико-лабораторная оценка состояния функции печени у больных ВИЧ-инфекцией при назначении антиретровирусной терапии в Алтайском крае.

Пациенты и методы. Проведен анализ состояния гепатобилиарной системы у взрослых больных ВИЧ-инфекцией, наблюдающихся амбулаторно перед назначением антиретровирусной терапии (АРТ). В анализ были включены 47 пациентов (31 женщина и 16 мужчин) в возрасте от 19 до 41 года, не имевших вирусных гепатитов, туберкулеза и оппортунистических инфекций. У подавляющего большинства больных диагностирована 4А стадия ВИЧ-инфекции. Оценивали изменение уровня общего билирубина, АсАТ, АлАТ, результаты УЗИ органов брюшной полости, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Стратификацию результатов проводили по количеству CD4+-лимфоцитов перед назначением АРТ (более или менее 200 клеток/мкл).

Результаты. Перед назначением АРТ у 100% больных количество CD4+-лимфоцитов было менее 350 клеток/мкл (из них у 34% пациентов - менее 200 клеток/мкл), что свидетельствует о позднем начале терапии. Среднее значение составило 210 клеток/мкл (медиана 229 клеток/мкл). Среди обследованных пациентов по данным УЗИ 21,3% имели патологию печени в виде стеатоза или цирроза (19,4% у женщин и 25% у мужчин). У всех больных со стеатозом печени индекс массы тела превышал нормальные значения. Уровень билирубина находился в пределах допустимых показателей у всех обследованных пациентов. У 8 больных, что составило 17% уровни АсАТ и/или АлАТ превышали значения верхней границы нормы в 1,5-2 раза. При стратификации по количеству CD4+-лимфоцитов оказалось, что при исходном их количестве менее 200 клеток/мкл повышение уровней АсАТ и/или АлАТ регистрировали у 33,3% женщин и у 30,8% мужчин. В тоже время, при числе CD4+-лимфоцитов более 200 клеток/мкл повышение уровней аминотрансфераз имело место только у 10,5% женщин ($p < 0,01$).

Заключение. Большинство больных ВИЧ-инфекцией в Алтайском крае начинают АРТ в поздние сроки, что соответствует общероссийской тенденции. Несмотря на отсутствие оппортунистических заболеваний и вирусных гепатитов, перед началом лечения 1/5 больных имеют уже сформировавшуюся патологию печени, обусловлен-

ную либо избыточной массой тела, либо употреблением алкоголя, что обуславливает применение альтернативных антиретровирусных препаратов в схемах терапии 1 линии. Раннее назначение АРТ может предотвратить развитие гепатотоксичности, связанной с наличием нарушений функции гепатобилиарного тракта.

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Конюхов М.А.¹, Иващенко В.В.²

¹ Краевой клинический центр профилактики и борьбы со СПИД,

² Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Работа в стоматологической поликлинике связана с риском развития медицинской аварии (МА) и заражением возбудителями инфекций, передающихся через кровь, в том числе вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В связи с этим важно сформировать у медицинских работников правильное представление по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Цель: оценить знания сотрудников стоматологических поликлиник по профилактике ВИЧ-инфекции, выявить наиболее уязвимые места в их действиях при медицинской аварии. Разработать практические рекомендации для устранения недостатков.

Материалы и методы. Объект исследования – 120 медицинских работников стоматологических поликлиник г. Краснодара. Метод исследования – тестирование. Статистическая обработка с помощью программы Microsoft office Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Большинство стоматологов ($66,7 \pm 0,5\%$) ориентируются в этиологии ВИЧ-инфекции, знают, что в период инкубации возможно заражение ВИЧ ($76,7 \pm 0,4\%$), почти все сотрудники ($91,7 \pm 0,3\%$) уверены, что во всех случаях МА необходимо проводить эпидемиологическое расследование. Однако всего $18,3 \pm 0,4\%$ смогли назвать все без исключения пути инфицирования ВИЧ, а каждый пятый назвал правильным ответом алиментарный. Такие же низкие показатели в информированности по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции: название скринингового метода исследования на ВИЧ знают $23,3 \pm 0,4\%$; об основаниях для постановки диагноза «ВИЧ-инфекция» слышали только $6,7 \pm 0,3\%$, а $33,3 \pm 0,3\%$ респондентов не знают, что по СанПиН 2.1.3.2630-10 медицинские работники хирургического профиля подлежат обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию.

Большинство работников стоматологических поликлиник читали и отрабатывали на практике существующие официальные инструкции о порядке действий при возникновении МА. Так практически все знают, что делать при попадании крови в рот ($75,0 \pm 0,4\%$), в глаза ($73,3 \pm 0,4\%$). Однако всего $11,7 \pm 0,9\%$ назвали правильную последовательность действий при глубоких порезах и уколах. Кому и как сообщить о МА знают только $25,0 \pm 0,4\%$; что должно быть сделано в учреждении по факту травмы представляют только $16,7 \pm 0,4\%$; что делать после МА, если мы знаем или, наоборот, не знаем ВИЧ-статус пациента,

смогли ответить $30,0 \pm 0,5\%$ и $21,7 \pm 0,4\%$ опрошенных соответственно. Только $46,7 \pm 0,5\%$ знают, что срок для старта профилактической терапии – оптимальный 2 часа, максимальный 72 часа. И лишь $36,6\%$ осведомлены, где взять лекарства для профилактики ВИЧ-инфекции.

Выводы.

1. Принципиально важно для исключения профессионального инфицирования ВИЧ расширить содержание имеющихся инструкций о действиях в случае медицинской аварии, добавить краткую информацию с указанием адреса и телефона организации, в которой можно получить консультацию и бесплатные лекарства для экстренной профилактики ВИЧ-инфекции.

2. В план специальной медицинской подготовки в стоматологической поликлинике необходимо включить вопросы о действиях после МА с разными по ВИЧ статусу категориями пациентов; о важности начала приёма противовирусных лекарств в течение ближайших двух часов (максимально до 72 часов); об особенностях действий при порезах и уколах; об административных действиях, направленных на формирование социальной защищённости медицинских работников в случае инфицирования на рабочем месте.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, В ВОЛХОВСКОМ РАЙОНЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Супроненко П.В.¹, Казанцева Т.П.¹,

Ковеленов А.Ю.², Семикова С.Ю.²

¹ Некоммерческое партнерство «Е.В.А.»,

² Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Введение. В Ленинградской области (ЛО) на 30.09.2016 года с начала официальной регистрации выявлено 25480 жителей с положительным результатом на наличие антител к ВИЧ, распространенность - 1132 на 100 тысяч населения или 1,1%. НП «Е.В.А.» по заказу Комитета по здравоохранению ЛО для адаптации профилактических программ к конкретным потребностям людей, употребляющих наркотики (ЛУН), в ЛО в 2016 году было проведено исследование.

Методы. При отборе и опросе 150 ЛУН в ЛО использовалась выборка доступных случаев. Аутрич-работники, обученные методам проведения полевых исследований, отбирали ЛУН по следующим критериям: возраст (от 18 лет и старше), употребление наркотиков на момент исследования, в том числе инъекционных, проживание в Волховском районе ЛО не менее 6 месяцев, для привлечения труднодоступных групп использовался метод «снежного кома». Участие в опросе было анонимным, добровольным и сопровождалось экспресс-тестированием на ВИЧ по слюне (тесты OraQuick Advance HIV-1/2).

Результаты. Средний (медианный) возраст респондентов – 20 лет. В опросе участвовали равное количество мужчин и женщин. В 70% случаев наркотики употребляются инъекционным путем, средний стаж – 4 года. Наиболее употребляемый метадон, за ним героин. 2/3 респондентов употребляют наркотики в компании с другими людьми. При последней инъекции наркотика от 43

до 45% пользовались каким-либо общим инструментом (шприцем, иглой или емкостью). 27,6% респондентов получали деньги или наркотики в обмен на сексуальные услуги. Более 80% опрошенных не моют и не дезинфицируют инъекционное оборудование при употреблении наркотика. В 80% случаев респонденты отмечают, что им трудно найти новые шприцы и иглы, когда они необходимы. Только 23,9% опрошенных считают, что человек, ведущий такой же образ жизни, как они, может заразиться ВИЧ. 84,1% респондентов согласны с тем, что человек, который не пользуется презервативами, может заразиться ВИЧ половым путем. На момент проведения исследования презерватив был с собой только у 4,5% респондентов. Подавляющее большинство респондентов (91%) никогда не пользовались презервативом при половых контактах за последний год. Только 1 респондент (0,7%) проходил краткосрочное лечение наркотической зависимости. По результатам экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне 29,1% опрошенных имеют предварительно положительный результат теста на ВИЧ, 9% из них уже знали свой ВИЧ-положительный статус. ВИЧ-позитивные респонденты посещают своего лечащего врача-инфекциониста не чаще 1 раза в год, при этом ни один из них не знает или не помнит результаты своих анализов (вирусная нагрузка, иммунный статус). ВИЧ-позитивные респонденты удовлетворены консультированием и лечением, которые получают у своего лечащего врача.

Выводы. Весомая доля ЛУН в ЛО не знают о своем ВИЧ-положительном статусе. Имеют низкую осведомленность о верных путях передачи ВИЧ. Профилактические программы для ЛУН должны использовать послания и действия, направленные на: увеличение информированности ЛУН о рисках передачи ВИЧ при сексуальных контактах и использовании общего инструментария и способствовать облегчению доступа к инъекционному оборудованию и презервативам; увеличение количества ЛУН, охваченных тестированием на ВИЧ; увеличение количества ЛУН обратившихся за наркологической помощью и находящихся на социальном сопровождении.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕНТРАТА ХЛОРЕЛЛЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Олейник С.В., Куницын М.В.

Областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи, г. Пенза

Резюме. В сообщении приводятся первые результаты пилотного исследования влияния концентрата «Живая хлорелла» на состояние здоровья больных ВИЧ-инфекцией, находящихся на диспансерном наблюдении в Пензенском областном Центре СПИД. С помощью лабораторных методов (исследование на CD4 и вирусную нагрузку) установлен четкий терапевтический эффект комплексного использования специфической АРВТ и хлореллы.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, АРВТ, «Живая хлорелла».

Цель. Изучить возможность использования концентрата «Живая хлорелла» в комплексе со стандартными методами специфической терапии больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Хлорелла (лат. *Chlorella vulgaris*) – уникальная одноклеточная зеленая микроводоросль, обладающая многочисленными полезными свойствами, прошедшая успешную апробацию в качестве питания для космонавтов и десятилетиями употребляемая в Японии в качестве добавки в основные продукты (хлеб, макароны, мороженое, молоко и пр.), что, по оценкам специалистов, является одним из факторов, обеспечивающих японцам устойчивое место среди лидеров по средней продолжительности жизни на планете.

Доказано, что хлорелла укрепляет иммунитет, нормализует обмен веществ; снижает последствия и улучшает переносимость радио- и химиотерапии; ускоряет восстановление после операций. В то же время исследования о влиянии хлореллы на результаты специфического лечения больных ВИЧ-инфекцией не проводились, что стало поводом для проведения пилотного исследования.

Для оценки использовались стандартные методы изучения иммунного статуса и мониторинга эффективности лечения больных ВИЧ-инфекцией, (исследования на CD4 и вирусную нагрузку – ВН) до и после проведения рекомендованного месячного курса приема концентрата «Живая хлорелла».

Результаты и обсуждение. Исследование проводится в двух группах больных. На первом этапе в группу для проведения исследования были включены больные ВИЧ-инфекцией, получающие специфическую антиретровирусную терапию (АРВТ) – 10 человек.

Установлено, что из 10 ЛЖВС, получающих АРВТ в комплексе с «Живой хлореллой», у 5 человек зарегистрирован рост CD4 при одновременном снижении ВН, у 4 человек показатель CD4 снизился при одновременном снижении ВН. Только у одной женщины на фоне снижения CD4 было зарегистрировано увеличение ВН, что, как удалось установить, было связано с беременностью, о которой женщина не сообщила (беременность является противопоказанием к использованию «Живой хлореллы»). Из 9 человек с зарегистрированным снижением ВН у 8 было отмечено снижение до неопределяемого уровня.

Исследование в группе ЛЖВ, не получающих АРВТ, продолжается с очевидно положительными результатами.

Выводы.

1. Первые результаты использования «Живой хлореллы» в комплексе со специфической антиретровирусной терапией показали хорошие результаты, подтвержденные объективными методами лабораторной диагностики.

2. ЛЖВ, участвовавшие в эксперименте, отметили целый ряд положительных субъективных ощущений, связанных с употреблением «Живой хлореллы».

3. Исследование предполагается продолжить, увеличив группу участников эксперимента.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ

Соколова Т.В.¹, Дорохова Е.Н.¹, Дорохова Ж.И.², Шейдорова А.С.³

¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва,

² Управление Роспотребнадзора по Чукотскому автономному округу, г. Анадырь

³ Центр гигиены и эпидемиологии в Чукотском автономном округе, г. Анадырь

Чукотский автономный округ (ЧАО) – самостоятельный субъект Российской Федерации – существует в условиях целого ряда негативных факторов: сложные природно-климатические условия, отдаленность региона от промышленно-развитых районов страны, отток населения, высокая заболеваемость как инфекционными, так и неинфекционными болезнями.

Особое место в структуре инфекционной заболеваемости занимает ВИЧ-инфекция. Темпы роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией жителей ЧАО одни из самых высоких на Дальнем Востоке.

Цель работы: Изучить проявления заболеваемости ВИЧ-инфекцией в условиях удаленного автономного территориального образования Российской Федерации с 2000 по 2016 г. и дать сравнительную характеристику с Дальневосточным Федеральным округом (ДФО).

Материалы и методы. Формы федерального государственного статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», Базы данных Управления Роспотребнадзора по Чукотскому автономному округу: <http://87.rospotrebnadzor.ru>.

Результаты. При изучении заболеваемости ВИЧ-инфекцией жителей ЧАО с 2000 по 2016 г. была выявлена достоверная выраженная тенденция к росту заболеваемости. Среднегодовой темп прироста новых случаев заболевания (СТ) составил 11,8 %. С учетом выявленных динамических изменений за период расчетная величина абсолютного прироста составила 45,4 ‰. Расчетный среднегодовой риск заболеть ВИЧ-инфекцией жителей ЧАО к 2016 году равен 46,9 ‰, ориентировочный прогностический уровень заболеваемости будущего года – 49,8 ‰ ($I_{\text{макс}}^{\text{прог.}} = 55,8 \text{ ‰}$; $I_{\text{мин}}^{\text{прог.}} = 44,5 \text{ ‰}$). При оценке фактических уровней заболеваемости в многолетней динамике с 2000 по 2016 г. в ЧАО были выявлены периодические подъемы и спады, некоторые из которых характеризовались двукратным изменением показателей.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в ДФО за тот же интервал времени характеризовалась умеренной многолетней тенденцией к росту (СТ = 4,1%). Расчетная величина абсолютного прироста новых случаев заболевания с учетом динамических изменений составила 13,8 ‰. Расчетный среднегодовой риск заболеть ВИЧ-инфекцией жителей ДФО к 2016 году составил 27,8 ‰. Ориентировочный прогностический уровень заболеваемости будущего года – 28,7 ‰ ($I_{\text{макс}}^{\text{прог.}} = 35,4 \text{ ‰}$; $I_{\text{мин}}^{\text{прог.}} = 23,7 \text{ ‰}$).

В течение ряда лет случаи ВИЧ-инфекции регистрировались среди взрослого населения ЧАО за счет реализации полового пути передачи. Случаи инфицирования детей от матерей впервые были зарегистрированы в 2016 г. Всего в 2016 г. было выявлено 1,2% всех случаев ВИЧ-

инфекции, зарегистрированных в ДФО.

Выводы. С учетом выявленных динамических изменений с 2000 по 2016 г. расчетный среднегодовой риск заболеть ВИЧ-инфекцией жителей, проживающих в ЧАО, оказался в 1,7 раза выше риска заболеть у жителей ДФО. В условиях автономного округа, расположенного в зоне крайнего северо-востока страны, сложились условия для активизации естественных путей передачи ВИЧ-инфекции, в том числе от матери к ребенку.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Калачева Г.А.¹, Рубина Ю.Л.¹, Рудаков Н.В.¹, Буслова Л.Е.²

¹ Научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций,

² Общество с ограниченной ответственностью «НИСО», г. Омск

Цель. Оценка выявляемости и заболеваемости ВИЧ-инфекцией и сифилисом среди трудовых мигрантов (ТМ) из ближнего зарубежья, а также анализ их осведомленности об этих инфекциях в Омской области.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено в рамках совместной научно-исследовательской работы, описан 1 этап, осуществленный в 2016г. Применен метод анкетного опроса для сбора первичных данных ТМ и изучены результаты освидетельствования на ВИЧ и сифилис.

Результаты и обсуждение. Миграция является одним из важнейших факторов, определяющих мировую экономическую и демографическую ситуацию. Россия занимает 2 место в мире по объемам миграции, среди которой преобладают ТМ, ежегодно около 10-12 млн. из ближнего зарубежья. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом среди иностранцев, въезжающих в Россию, ежегодно в среднем выявляется 800-900 ВИЧ-инфицированных. При этом регистрируется рост выявленных заболевших с ВИЧ как среди российских, так и среди иностранных граждан почти одинаковыми темпами.

В регионы Сибири ежегодно прибывает от 1,2 млн. до 1,5 млн. человек. По данным СФОЦ СПИД на 01.01.2017г. выявлено 2075 мигрантов с ВИЧ. Среднегодовое число выявленных ВИЧ-инфицированных мигрантов в СФО с 1996г. по 2016г. составляло 104 чел.

На момент исследования в Омскую область прибыло 903 ТМ. По видам деятельности наибольшая численность ТМ приходится на строителей (70,0%), «разнорабочих» (20,0%), рабочих по обработке, сортировке и продаже овощей-фруктов. Наибольшая доля ТМ приезжает летом (100%) и весной (83,3%). Из общего числа прибывших ТМ 63,9% проживали на родине в «малых» городах, в селах (14,8%) и в столицах (3,0%).

Большее число прибывших составили лица мужского пола (94,0%). Соотношение мужчин и женщин от общего числа ТМ установлено 15,7 к 1. В возрастной структуре ТМ-мужчин преобладают 25-30-летние (28,1%), среди женщин 31-36-летние (26,0%).

Среди ТМ, прибывших в Омский регион в 2016г., большинство состояли в браке (73,9%), но наличие официального брака не гарантирует снижения риска зараже-

ния ИППП и ВИЧ-инфекцией. Так, использование презервативов «да, иногда» отметили 65,9% ТМ. Второй по популярности ответ об использовании средств защиты составил «нет» (20,1%).

Большинство опрошенных не очень обеспокоены опасностью заражения ВИЧ-инфекцией и практически не осведомлены о возможных способах снижения риска инфицирования. Даже при проведении тестирования на ВИЧ-инфекцию 52,8% ТМ не знали или не интересовались результатами теста. Обладатели средне-специального образования в общем числе мигрантов составили 30,8%; неполное среднее образование имели 16,3% и лишь 2,4% ТМ получили высшее образование. Проверку на наличие ВИЧ-инфекции у себя на Родине прошли всего 44,0%.

В нашем исследовании при тестировании на ВИЧ-инфекции выявлен лишь один ВИЧ+ ТМ, прибывший из Узбекистана 40-летний мужчина. При обследовании на сифилис выявлен 41 иностранный гражданин.

Выводы. Исследование среди ТМ показало низкую распространенность ВИЧ-инфекции в этой категории граждан. Однако, выявленные случаи сифилиса, безответственное отношение к прохождению медицинских осмотров, неиспользование средств защиты, недостаточные знания или отсутствие их по профилактике опасных инфекционных заболеваний и низкий уровень образованности могут способствовать ухудшению эпидемической ситуации, как в регионе пребывания, так и в стране исхода.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Шахова О.Б., Саттарова З.И., Солонин С.А.

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва

В последние годы увеличилась частота обращения в стационар пациенток с осложнениями беременности ранних сроков и ВИЧ-инфекцией.

Цель: изучить выявляемость ВИЧ-инфекции у беременных, госпитализированных с осложнениями беременности ранних сроков (до 12 недель).

Материалы и методы. Обследовали на ВИЧ 16871 пациентку гинекологического отделения НИИ скорой помощи за 2010-2016 гг. (методом иммуноферментного анализа и иммуноблоттинга). Информация о впервые установленных случаях ВИЧ-инфекции получена из Московского городского центра по борьбе со СПИД.

Результаты. У 25 пациенток (средний возраст – 31,4±3,8 лет) выявлена ВИЧ-инфекция в сочетании с различными осложнениями ранних сроков беременности. Среди них: нарушенная трубная беременность – у 8, маточная беременность начавшийся/неполный/полный выкидыш – у 17 пациенток. Экстренное оперативное лечение выполнено 12 (48%), 13 (52%) пациенткам проведена консервативная терапия. Объем оперативного вмешательства составил: видеолaparоскопия (ВЛС), сальпингэктомия – 7, диагностическая ВЛС – 2, лапаротомия, сальпингэктомия – 1, удаление остатков плодного яйца – 4. После проведения консервативной терапии, направленной на пролонгирование беременности, 11 ВИЧ-

инфицированных пациенток выписаны из стационара с прогрессирующей маточной беременностью.

Следует отметить, что ВИЧ-инфекция выявлена впервые более чем у половины (52%, 13 из 25) ВИЧ-инфицированных пациенток. У 12 (48%) пациенток факт инфицирования был зарегистрирован ранее. Выявляемость ВИЧ-инфекции у пациенток с осложнениями беременности ранних сроков в 2010–2016 годах варьировала от 0,1 до 0,2% (в среднем 0,14%). Доля новых случаев инфекции составляла от 16,7 до 100% (в среднем – 54,2%).

Заключение. Среди больных с осложнениями маточной беременности ранних сроков и ВИЧ-инфекцией особого внимания заслуживает группа пациенток с прогрессирующей маточной беременностью. Для профилактики вертикального пути передачи инфекции, своевременного начала антиретровирусной терапии требуется применение специального комплекса лечебно-диагностических и организационных мероприятий.

РАЗРАБОТКА ОНЛАЙН ПРОГРАММЫ ВТОРИЧНОЙ ПРЕВЕНЦИИ ДЛЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Шаболтас А.В., Скочилов Р.В., Ураева Г.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель исследования. Задачи профилактики ВИЧ/СПИД давно вышли за рамки медицинского подхода и требуют комплексного решения. Инновационные превентивные технологии, направленные на лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и способствующие повышению обращаемости за медицинской помощью в Центры профилактики и борьбы со СПИД и улучшению качества жизни заболевших могут существенно повлиять на успешное противодействие эпидемии. Актуальной является задачей является разработка программ вторичной профилактики для ВИЧ-инфицированных, включающие вмешательства на всех уровнях функционирования индивида (индивидуально-психологический, социальный, поведенческий). В России на данный момент практически отсутствуют превентивные программы в отношении ВИЧ/СПИД, использующие интернет-технологии, в то время как такие программы являются перспективными с точки зрения профилактического потенциала и уровня распространения интернет-коммуникаций в современном обществе. Основной целью научно-исследовательского проекта, который реализуется в СПбГУ при поддержке гранта РФФИ (ОГОН) № 15-06-10506 является разработка и апробация комплексной дистантной программы профилактики распространения ВИЧ для ЛЖВ в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. В рамках качественного этапа исследования проводилась оценка потребностей целевой аудитории посредством проведения глубинных интервью с представителями сообщества ЛЖВ и с экспертами, работающими в области оказания помощи и лечения ВИЧ-инфицированных. В качестве экспертов были выбраны врачи-инфекционисты, психологи и социальные работники государственных и негосударственных организаций. В общей сложности было проведено 30 глубинных интервью продолжительностью от 40 минут до

1,5 часа: 10 интервью с ЛЖВ, 10 – с врачами-инфекционистами, 5 – с психологами и 5 – с представителями научно-исследовательских и помогающих организаций. Качественные данные, полученные после транскрибирования аудиозаписей интервью проходили анализ с помощью программного обеспечения ATLAS.ti.

Результаты и обсуждение. На основе полученных данных об основных потребностях и психологических проблемах, с которыми сталкиваются ЛЖВ в своей жизни и в системе медицинской и социальной помощи, а также с учетом материалов научных публикаций была разработана пилотная версия превентивной онлайн-программы. Программа включает первичный (скрининговый) опросник для самозаполнения, а также шесть основных и одну дополнительную содержательные части. Основные разделы, обязательные для прохождения всеми участниками, представляются в следующем порядке: «Информация о ВИЧ-инфекции», «Принятие диагноза», «Сексуальные отношения», «Правовые вопросы», «Приверженность к лечению» и «Образ жизни». Дополнительная часть «Употребление наркотиков» предъявляется только тем участникам, которые заявляют наличие опыта употребления наркотиков при ответе на вопросы первичной онлайн-анкеты. Первая часть программы «Информация о ВИЧ-инфекции» предъявляется как завершающая часть анкеты, после ответа на каждый вопрос которой участник видит на экране правильный ответ с краткой информацией по данному вопросу. Остальные части программы состоят из комбинации содержательных текстовых блоков и коротких видеоматериалов, а также содержат файлы для скачивания с кратким информационным содержанием по теме. Ряд частей программы включают в себя интерактивные задания для вовлечения участников в активное взаимодействие с предлагаемой информацией. В настоящее время завершается этап исследования, посвященный научной оценке эффективности разработанной профилактической онлайн-программы для ЛЖВ с привлечением пациентов Городского Центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Выводы. Результаты экспертной оценки и предварительной апробации разработанной профилактической онлайн программы, проведенной с привлечением ЛЖВ как уже получающими лечение, так и недавно заразившимися свидетельствуют о большом экономическом и психологическом потенциале данной технологии для повышения показателей лечения и улучшения качества жизни ВИЧ-инфицированных.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ОРИТ

Гусев Д.А., Степанова Е.В., Кукушина М.В., Леонова О.Н., Кадария В.Г.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Актуальность. В Российской Федерации в последние годы отмечается значительный рост числа больных с ВИЧ-инфекцией, выявляемых на поздних стадиях болезни. В некоторых случаях человек не знает о том, что у него ВИЧ-инфекция и диагноз устанавливают при госпитализации в различные многопрофильные клиники. В основном это пациенты с тяжелыми проявлениями

оппортунистических заболеваний и/или коморбидных состояний. В другом случае - это люди, которые знают о своем ВИЧ статусе, но длительное время не обращаются за медицинской помощью, не принимают антиретровирусную терапию. Лечение таких больных представляет большие трудности из-за поздней диагностики ВИЧ-инфекции и вторичных поражений, тяжелого характера их течения и частого сочетания коморбидных состояний на фоне низких параметров иммунитета. В РФ эпидемиологическую ситуацию по тяжелым больным с ВИЧ-инфекцией можно оценить как серьезную и требующую решения ряда проблем. В РФ не разработано четких показаний для госпитализации в реанимационное отделение пациентов с ВИЧ-инфекцией, не ведется статистика количества больных и причин нахождения в ОРИТ. В последние годы врачи приемного отделения стационара Центра СПИД все чаще сталкиваются с проблемой нарастающего числа больных с ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в госпитализации по причине развития тяжелых оппортунистических инфекций, коморбидных состояний, острых состояний у пациентов с ВИЧ-инфекцией требующих госпитализации в ОРИТ.

Цель. Провести анализ причин поступления пациентов с ВИЧ-инфекцией в ОАР из приемного отделения стационара Центра СПИД.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили стационарные карты пациентов, поступающие в приемное отделение стационара и переведенные по тяжести состояния в ОРИТ за 2015-2016 гг.

Результаты анализировали в программе WHONET 5.6. и Excel.

Результаты и обсуждение. За два анализируемых года (2015-2016 гг.) в приемное отделение стационара Центра СПИД было госпитализировано 4145 пациентов с ВИЧ-инфекцией, из которых 96% больных с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции. Из приемного покоя за два анализируемых года в ОРИТ было госпитализировано – 30 пациентов (0,7%) пациентов. Отделение реанимации рассчитано на 5 коек. Из общего числа госпитализируемых в ОРИТ 33,3% составили женщины. Средний возраст пациентов - 41,4 год. Из анамнеза или со слов родственников средний срок инфицирования составил более 9 лет. Из общего числа анализируемых пациентов работали – 3 человека, группу инвалидности имели – 7 и двое были пенсионерами. Остальные больные не работали. На половой путь инфицирования указали 7 (23,3%) пациентов. Активные потребители наркотиков и алкоголя составили – 18 (60%) больных. Из различных многопрофильных клиник города в стационар Центра СПИД переведены – 8 (27%) пациентов, которые ранее не знали о своем заболевании и впервые обратились за медицинской помощью уже в тяжелых стадиях ВИЧ-инфекции с развернутой клиникой оппортунистических инфекций (пневмоцистная пневмония, лимфомы, токсоплазмоз головного мозга и др.). Средний койко день пребывания в ОРИТ 6,5. У пролеченных пациентов в ОРИТ диагностированы стадии ВИЧ-инфекции: 4А – 9 (30%) больных, 4Б – 8 (26,7%) и 4В+5 – 13 (43,3%). Антиретровирусная терапия была назначена 13 (43,3%) пациентам, из которых 7 (54%) ее самостоятельно прервали. Средний уровень CD-лимфоцитов составил $11\% 153 \pm 21$ клеток/мкл и ВН ВИЧ 626 705 ± 210654 копий/мл. Основными причи-

нами госпитализаций в реанимационное отделение являлись: хронические вирусные гепатиты в цирротической стадии (кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, гепаторенальный синдром, печеночная недостаточность) – 10 (33,3%); дыхательная недостаточность у пациентов с пневмоцистной пневмонией, тяжелыми бронхопневмониями на фоне продвинутых стадий ВИЧ-инфекции – 7 (23,3%); эпилептические припадки на фоне злоупотребления алкоголем, менингоэнцефалита различной этиологии – 7 (23,3%); осложнения на фоне приема ВААРТ (токсикодермия, тяжелая анемия) – 4 (13,3%); полиорганная недостаточность на фоне прогрессирующей стадии ВИЧ-инфекции – 2 (6,6%). Из общего количества госпитализированных пациентов из приемного покоя в ОРИТ – 16 (53,3%) пациентов умерли. Основными причинами смерти явились: хронический вирусный гепатит в цирротической стадии – 81,0%, дыхательная недостаточность у 19% больных.

Выводы. В настоящее время медицинским работникам все чаще приходится оказывать помощь больным с ВИЧ-инфекцией с острыми нарушениями жизненно важных функций требующим проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, больным с различными стадиями стадии ВИЧ-инфекции.

Решение вопроса об объеме и месте оказания комплексной помощи больным ВИЧ-инфекцией представляет на современном этапе определенные трудности, т. к. не существуют нормативные акты, рекомендации, стандарты ведения этих больных с тяжелым и крайне тяжелым течением болезни. Нет четких показаний, противопоказаний для госпитализации или перевода больных с ВИЧ-инфекцией в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), длительности проведения этой терапии в условиях ОРИТ, отсутствуют критерии для перевода из ОРИТ. До сих пор не выделены неотложные состояния при ВИЧ-инфекции, требующие госпитализации больных в ОРИТ или при которых нахождение в ОРИТ и реанимационные мероприятия не целесообразны. Не полностью сформулированы клинические показания для перевода больных ВИЧ инфекцией в палаты или отделения паллиативной помощи. В настоящее время, когда количество пациентов с тяжелыми стадиями ВИЧ-инфекции и/или коморбидными состояниями интенсивно увеличивается, возникает необходимость в анализе причин госпитализаций в ОРИТ, разработке алгоритма перевода в отделение из реанимации и изучение причин смерти.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТАРТОВОЙ АБАКАВИР- СОДЕРЖАЩЕЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кубаева М.Б., Гуцина Ю.Ш., Сыркова Д.Г.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цель: проведение фармакоэпидемиологического исследования стартовой абакавир-содержащей антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. При проведении данного анализа использовались 637 медицинских карт пациентов, проходивших лечение в больнице №2 (ИКБ №2), г. Москва. Основным критерием для включения пациентов в

когорту явилось наличие установленного диагноза ВИЧ-инфекции. За критерии включения второго уровня были приняты: возраст старше 18 лет; неучастие в клинических исследованиях в течение рассмотренного периода; первичное назначение антиретровирусной терапии, в том числе содержащей абакавир. Данные обрабатывались в программе Microsoft Office, Access.

Результаты и обсуждения. В ходе фармакоэпидемиологического исследования было установлено, что у 474 человек (74,4%) назначалась стартовая антиретровирусная терапия, из которых у 171 человека стартовая терапия была абакавир-содержащей (как комбинированная форма, так и нет). В результате изучения применяемой антиретровирусной терапии было выявлено, в качестве схем первого ряда пациентам назначали два препарата класса нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и один препарат класса ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы либо класса ингибиторов протеазы.

Стоит отметить, что 3 абакавир-содержащие схемы вошли в 10 наиболее часто назначаемых схем стартовой антиретровирусной терапии, что говорит о востребованности абакавир-содержащей терапии.

Среди стартовой абакавир-содержащей терапии чаще всего побочные эффекты вызывали схемы: абакавир(ABC)/ламивудин(ЗТС)/атазановир(ATZ)/ритонавир(RTV)(11,5%), абакавир (ABC)/эпивир (ЗТС)/стокрин (EFV) (7,7%), абакавир (ABC)/эфаверенз (EFV) (7,7%), зиаген (ABC)/эпивир (ЗТС)/калетра (RTV/ЛПВ) (7,7%).

Кроме того, абакавир представлен как компонент 3 наиболее часто назначаемых схем стартовой антиретровирусной терапии (включая комбинированную форму кивекса). Несмотря на то, что он находится на 6,7 и 10 местах, по распространенности абакавир встречается в 45 вариантах схем.

Выводы. При анализе назначаемой стартовой антиретровирусной терапии было выявлено, что абакавир входит в тройку наиболее часто назначаемых препаратов для первичной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов. Таким образом, комбинации с абакавиром вошли в 10 наиболее часто-назначаемых схем терапии, что говорит о его широком применении и требует проведения дальнейших фармакоэпидемиологических исследований.

ДВОЙНАЯ ИНФЕРОНОСОДЕРЖАЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С (ХГС), ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОЙ КРИОГЛОБУЛИНИИ

Дунаева Н.В., Власова Е.В., Колпащикова Е.Ю., Романова С.Ю., Гусев Д.А.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить вирусологическую эффективность и безопасность противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С (ХГС), осложнённого развитием вторичной криоглобулинемии с использованием пегилированного интерферона альфа-2 и рибавирина.

Пациенты и методы. В исследование включено 59 больных ХГС (без признаков ко-инфекции ВИЧ, вирусом

гепатита В): без криоглобулинов (n=24), с криоглобулинами (n=35). Группа больных с криоглобулинами была разбита на 3 подгруппы: с криокритом 1-4% (n=10), с криокритом 5-9% (n=12), с криокритом $\geq 10\%$ (n=13). Применяли пегилированный интерферон альфа 2 и рибавирин 15 мг/кг/сут.

Результаты. Устойчивый вирусологический ответ (УВО) среди всех включённых в исследование пациентов без криоглобулинемии составил 71%, среди пациентов с криоглобулинемией 34% (р критерия χ^2 0,006). У больных с криоглобулинемией УВО среди всех включённых статистически не значимо снижался с ростом криокрита и составил при криокрите 1-4% - 50%, 5-9% - 42%, $\geq 10\%$ - 15% (р критерия χ^2 0,172). Независимыми предикторами достижения УВО при логистическом регрессионном моделировании с обратным условным включением параметров в группе пациентов, включённых в исследование (n=59) были (отрицательная связь) наличие и уровень криоглобулинов (нет, 1-4%, 5-9%, 10% и более) (Exp (B)=0,468, 95% ДИ 0,245-0,895, p=0,022), возраст пациентов на момент включения в исследование (Exp (B)=0,925, 95% ДИ 0,861-0,993, p=0,032). Константа уравнения регрессии 5,252 (p=0,005). Не завершили по курсу ПВТ 14 человек (23,7 %): 5 человек в группе пациентов с криокритом 5-9% (трое из-за нежелательных явлений, 2 - неотчет) и 9 человек с криокритом $\geq 10\%$ (семь из-за нежелательных явлений, 2 - неотчет). Летальных исходов в ходе терапии и периоде наблюдения не было.

Заключение. Полученные данные указывают на не высокую эффективность и не достаточную безопасность ПВТ пегилированным интерфероном и рибавирином ХГС, осложнённого криоглобулинемией, особенно при высоких цифрах криокрита.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА И СТЕАНОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА С, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОДИАЛИЗА

Дунаева Н.В., Мартыненко С.В., Гусев Д.А.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Цель: изучить степень фиброза и стеатоза печени пациентов с наличием антител к вирусу гепатита С (HCVAb), получающих заместительную почечную терапию методом хронического гемодиализа (ЗПТ ХГД).

Материалы и методы. Включено 53 HCVAb положительных пациентов, получающих ЗПТ ХГД в клиниках г.Санкт-Петербург и 4 пациента с трансплантированной почкой (ранее получавших лечение гемодиализом), обследованных на аппарате FibroScan 502 Touch с функцией CAP (Echosens, Франция) на базе СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний». Все пациенты в сопроводительных документах имели диагноз «хронический гепатит С», девять больных ранее получали противовирусную терапию (4 из них с достижением устойчивого вирусологического ответа, 3 – были сняты с терапии из-за нежелательных явлений и 2 – результат терапии не известен). Исследовали степень фиброза печени и степень стеатоза печени. Индекс массы тела рассчитывали по формуле – вес(кг)/рост (м)². Обработка полученных данных

проводилась с помощью IBM SPSS Statistics 17.0.

Результаты. Пациенты, включённые в исследование, были в возрасте от 30 до 77 лет: $51,4 \pm 12,1(1,6)$ год. Мужчины составили 57,9% (33 человека). Пациенты по степени фиброза распределились следующим образом: 0 степень – 34 чел (59,6%), 1я – 6 чел (10,5%), 2я – 5 чел (8,8%), 3я – 3 чел (5,3%), 4я (цирроз) – 9 чел (15,8%). Стеатоз печени был изучен у 53 человек: 0 степень 33 чел (57,9%), 1я – 7 чел (12,3%), 2я – 10 чел (17,5%), 3я – 3 чел (5,3%). Степень стеатоза коррелировала с индексом массы тела (r Спирмана=0,421, $p=0,005$). Корреляции между степенью фиброза и степенью стеатоза не было.

Заключение. В обследованной популяции HCVAb положительных пациентов, получающих ЗПТ ХГД 1/5 часть имеет продвинутый фиброз печени (21,1%), что свидетельствует о необходимости своевременного детального обследования пациентов инфекционистом с решением вопроса о противовирусной терапии.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Дунаева Н.В., Гезей М.А., Гусев Д.А.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

Цель. Изучить частоту вовлечения почек в патологический процесс у ВИЧ-инфицированных пациентов на основании анализа эпидемиологических и клинко-лабораторных данных.

Материалы и методы. В исследование включено 1199 больных ВИЧ-инфекцией, вставших на учёт в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями г. Санкт-Петербург в 2016г. Методы исследования включали сбор следующих данных: демографические данные (пол, возраст); анамнестические данные для определения предположительных сроков инфицирования, наличия наркотической зависимости; наличие маркёров вирусов гепатита С, В, Д; уровень вирусной нагрузки по ВИЧ-инфекции; уровень CD4+ Т-лимфоцитов; расчётную скорость клубочковой фильтрации (СКФ) (по формуле CKD-EPI [Levey AS, 2009]).

Результаты. Пациенты, включённые в исследование, были в возрасте от 18 до 87 лет: $36,8 \pm 9,3(0,3)$ лет. Мужчины составили 63% (756 человек). Средний срок от момента диагностики ВИЧ до постановки на учёт в Центр $2,43 \pm 4,0(1,11)$ года. Опыт употребления наркотических средств отмечен у 32,2%. Ко-инфекция вирусом гепатита С была выявлена у 43%, вирусом гепатита В (HBsAg пол) – 3,7%, вирусом гепатита Д (HDVAb пол) – 0,3%. На момент постановки на учёт СКФ менее 90 мл/мин/1,75мл выявлена у 229 чел (19%), из них СКФ менее 60 мл/мин/1,75мл – у 35 чел (2,9%). Наличие СКФ менее 60 мл/мин/1,75мл обратно коррелировал с возрастом (r Спирмана=-0,089, $p=0,002$) и прямо коррелировало с инфицированностью HCV (r Спирмана=0,074, $p=0,011$), наличием в анамнезе наркотической зависимости (r Спирмана=0,082, $p=0,005$). Корреляции с уровнем вирусной нагрузки по ВИЧ и уровнем CD4+Т-лимфоцитов не отмечено. Среди 35 пациентов с СКФ менее 60 мл/мин/1,75мл при дообследовании один оказался с транс-

плантированной почкой, 8 - с вторичной криоглобулино-посредованной нефропатией (4 из них в нефротическом синдроме, все HCVAb положительные), 3- с хроническим тубуло-интерстициальным нефритом, 2 – с мочекаменной болезнью с периодическими коликами, 1 – с поликистозом почек. Вышеописанные пациенты в течение последующих 3 месяцев не улучшили показатели СКФ, один из них погиб при явлениях почечной недостаточности.

Заключение. Среди встающих на учёт в Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями пациентов 2,9% имеют признаки значимого повреждения почек, требующие углублённого нефрологического обследования, исключения/подтверждения в каждом случае связи с вирусом гепатита С и токсическим воздействием наркотических средств.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Никитин Н.С., Пельменёв В.К.

Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, г. Калининград

Цель: изучить влияние занятий физическими упражнениями на функциональное состояние, физическое развитие и иммунный статус детей, живущих с ВИЧ.

Материалы и методы. Были изучены публикации и практический опыт специалистов, выполняющие профессиональное взаимодействие с детьми, живущими с ВИЧ.

Результаты и обсуждение. Физическое воспитание детей, живущих с ВИЧ должно носить инклюзивный характер. Вместе с тем, учет уровня иммунологических показателей требует использования методов адаптивной физической культуры. Возникает проблема: как заниматься адаптивной физической культурой с ребенком, который не знает о своем «особенном» диагнозе? Наиболее эффективным способом решения этой проблемы, по нашему мнению, является инклюзивное физическое воспитание. Особое внимание требуется к подростку в момент раскрытия ему диагноза. В этот период очень важно использовать потенциал адаптивной физической культуры, создать у ребенка устойчивое желание вести здоровый образ жизни и сформировать навыки безопасного поведения. Вместе с тем, в практике использования физических упражнений для детей, живущих с ВИЧ, возникает много вопросов. Перечислим самые важные из них, которые касаются темы нашего исследования. Нужна ли детям с ВИЧ особая физическая культура? Какие критерии должны доминировать при выборе форм занятий физической культурой с детьми, живущими с ВИЧ. Могут ли дети, живущие с ВИЧ, заниматься детским и юношеским спортом? Анализ доступной литературы показал, что к настоящему времени катастрофически мало научных работ, посвященных физической культуре детей, живущих с ВИЧ. Среди отечественных

публикаций встречаются работы, посвященные комплексной оценке здоровья и психофизического развития детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции. Чаще всего исследования проводятся в детских учреждениях закрытого типа. Все авторы отмечают отличия в состоянии здоровья и психофизического развития у детей с ВИЧ и их здоровых ровесников. Исследование влияния физических упражнений на состояние детей, живущих с ВИЧ, было проведено в Университете Майями под руководством Трейси Миллер (Tracie L. Miller, 2010). Авторы данного исследования отмечают, что это одна из первых работ, доказывающих, что физическим упражнениям могут улучшать показатели аэробного обмена и индекс массы тела. Исследования взаимосвязи уровня физической активности и уровня жира у подростков, живущих с ВИЧ, был проведен под руководством Присцилы Мартинс (Priscila C. Martins, 2017) в детской больнице Флорианополиса, Бразилия. В исследовании отмечается, что уровень физической активности у подростков с ВИЧ, ниже, чем у их здоровых ровесников. Кроме того, в работе установлено, что подростки не считают физические упражнения полезными для их здоровья. Авторы исследования считают, что физические упражнения могут нормализовать индекс массы тела у подростков с ВИЧ, что является профилактикой кардиозаболеваний.

Выводы. Требуется дальнейшие серьезные исследования в этом направлении. Необходимо провести оценку влияния физических упражнений различной направленности на состояние и развитие детей с ВИЧ в РФ.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО ПЕРВОГО ЭТАПА ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Волинская М.М., Гордон Е.О.

Областной центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Екатеринбург

Цель. Провести анализ эффективности первого этапа химиопрофилактики в Свердловской области в 2016 году.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 1402 случаев беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин и 40 случаев инфицирования детей в 2016 году в Свердловской области.

Результаты и обсуждение. В 2016 году в Свердловской области имели беременность 1802 ВИЧ-инфицированные женщины, из них 1402 завершили беременность родами. Обратились к инфекционисту и встали на диспансерный учет 1284 женщины, что составляет 92%. Среди не вставших на диспансерный учет 66 (56%) ВИЧ-инфицированных женщин не обращались за медицинской помощью в период беременности в лечебно-профилактические учреждения. Химиопрофилактика (далее-ХП) в период беременности назначена 1259 (98%) женщинам среди вставших на диспансерный учет. Основными причинами не назначения ХП явились отказ (в связи с разделением взглядов ВИЧ-диссидентов – 25 (72%)), и поздняя постановка на диспансерный учет – 7 (28%). Неопределяемого уровня вирусной нагрузки пе-

ред родами достигли 977 женщин - 78% от всех женщин, получавших ХП. Причины не достижения неопределяемой вирусной нагрузки (282 женщины): 26% женщин имели «скрытый» отказ от ХП при этом демонстрировали социально-одобряемое поведение; 26% - имели низкую приверженность к ХП; 19% - получали АРВП с целью ХП, избегая при этом контрольных обследований; 15% - поздно назначена ХП (в течение 1 месяца до родов); 14% - самовольно прервали ХП.

На 01.07.2017 диагноз ВИЧ-инфекции установлен 40 детям из известного перинатального контакта, рожденным в 2016 году. При проведении эпидемиологического расследования выявлены взаимосвязи между инфицированием ребенка и наблюдением ВИЧ-инфицированной женщины в период беременности: 23 (58%) ребенка, рождены от женщин, не обращавшихся за медицинской помощью в период беременности в лечебно-профилактические учреждения; 6 (15%) - от женщин, прервавших ХП в период беременности; в группе женщин с поздним началом ХП 4 (10%) ребенка; по 3 (по 7,5%) ребенка рождены от женщин с низкой приверженностью и имевших «скрытый» отказ от ХП; 1 (2%) ребенок рожден от женщины, получавшей ХП без контроля вирусной нагрузки.

На первом году жизни, благодаря мультипрофессиональному подходу, назначена антиретровирусная терапия 35 (88%) детям, из них достигли неопределяемого уровня вирусной нагрузки 14 (40%) детей, еще 15 (42%) детей получают АРВТ менее 6 месяцев, имея положительную вирусологическую динамику.

Выводы. В Свердловской области отмечается высокий процент (98%) охвата ХП в период беременности среди женщин, вставших на диспансерный учет к инфекционисту. Говоря об эффективности первого этапа ХП, наблюдается «потеря» 22% женщин, вследствие не достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки, в большинстве случаев по причине «скрытого» отказа от ХП или низкой приверженности. При проведении эпидемиологического расследования выяснено, что большинство ВИЧ-инфицированных детей (58%) рождены от женщин, не обращавшихся за медицинской помощью в период беременности в лечебно-профилактические учреждения. Используя мультипрофессиональный подход, удалось сформировать приверженность к диспансерному наблюдению 88% ВИЧ-инфицированных детей.

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО РАБОТЕ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПАЦИЕНТАМИ, ЗАТРОНУТЫМИ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Долганова М.В., Подымова А.С., Прохорова О.Г.

Областной центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Екатеринбург

Процесс выявления и лечения ВИЧ-инфекции часто сопровождается рядом немедицинских проблем, решение которых лежит в сфере деятельности не только учреждений здравоохранения, но и, других субъектов профилактики безнадзорности несовершеннолетних. Проблемы, требующие межведомственного вмешательства, часто связаны с отказом законных представителей от наблюдения и лечения ребенка с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования. Разработка и анализ эффектив-

ности алгоритма работы медицинских учреждений в сфере решения проблем приверженности несовершеннолетних с ВИЧ-инфекцией к лечению и наблюдению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 63 случаев (1 случай - 1 ребенок) межведомственного взаимодействия ОЦ СПИД с территориальными комиссиями по делам несовершеннолетних (ТКДН) и органами опеки за период 2013-2017 гг.

Результаты и обсуждения. В анализируемый нами период, было отправлено 103 ходатайства в отношении 63 несовершеннолетних в ТКДН. Как следствие, 40 успешных случаев (63 %) сопровождения семей сотрудниками социальной защиты до медицинского учреждения с целью контакта с инфекционистом и начала лечения. В 18 случаях (29 %) обращение в ТКДН имело одноразовый эффект, требовалось повторное обращение в ТКДН для информирования об очередном прекращении лечения и наблюдения детей. В 5 случаях (8 %) обращений итогом явилось судебное разбирательство по вопросу недолжного исполнения родительских обязанностей. Результатом 5 судебных процессов, возбужденных органами опеки по нашему обращению, стало 2 решения по ограничению в родительских правах законных представителей, 1 решение о помещении матери в тюремное заключение, 2 решения об изъятии детей из диссидентских семей и помещении под родственную опеку. Всем детям была назначена антиретровирусная терапия и достигнуты критерии клинико-лабораторной эффективности.

Выводы. На основе нашего опыта был разработан алгоритм межведомственного взаимодействия между медицинским учреждением и другими субъектами профилактики безнадзорности несовершеннолетних:

1. Медицинское учреждение предупреждает законных представителей о том, что они несут ответственность при отказе от медицинской помощи, если это наносит вред здоровью ребенка (ст. 11 закона Свердловской области от 23.10.1995 №28-ОЗ «О защите прав ребенка»);

2. В случае отказа родителей от сотрудничества после мотивационных консультаций, патронажей, вызовов по телефону, медицинское учреждение информирует ТКДН об отказе законных представителей от наблюдения и лечения ребенка (ст. 9 закона РФ от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»);

3. При неэффективности работы ТКДН, органы опеки (как субъект профилактики) могут обратиться в суд с заявлением об угрозе жизни несовершеннолетнего и иском с заявлением в соответствии со ст. 125 Уголовного кодекса РФ от 13.06.1996 №63-ФЗ;

4. В случае сохранения опасной для жизни ребенка ситуации, медицинское учреждение может обратиться в прокуратуру с просьбой провести проверку исполнения законодательства по защите прав несовершеннолетних и охране здоровья детей в отношении законных представителей, в том числе рассмотреть вопрос о привлечении законных представителей к ответственности в соответствии со ст. 156 Уголовного кодекса РФ от 13.06.1996 №63-ФЗ.

ИТОГИ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ В РСО-АЛАНИЯ

Амбалова С.С., Галазова А.А.

*Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,
г. Владикавказ*

Актуальность. Активное вовлечение в эпидемиологический процесс женщин фертильного возраста обуславливает все большее количество беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин, что приводит к увеличению числа детей, вовлеченных в эпидемию ВИЧ-инфекции. Около 90% ВИЧ-инфицированных детей инфицированы от ВИЧ-инфицированных матерей. Вертикальный механизм инфицирования характеризуется неблагоприятным течением, быстрым переходом в СПИД и при отсутствии АРВТ терапии летальным исходом.

Цель. Провести анализ результатов наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных детей в РСО-Алания. Выделить основные проблемы и возможные пути их решения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации ВИЧ-инфицированных детей, состоящих на диспансерном учете с установленным диагнозом, а также анализ статистических отчетных форм.

Результаты и обсуждения. Мероприятия по диспансерному наблюдению детей с ВИЧ-инфекцией в РСО-Алания проводятся в соответствии со «Стандартом оказания специализированной помощи детям при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека» № 1512 от 24.12.12 «Клиническими рекомендациями по применению антиретровирусных препаратов МЗ РФ 2015г., приказом МЗ РФ №442 от 16.09.2003 «Об утверждении учетных Форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями» а также приказом МЗ РСО-Алания № 545 от 27.06.2016г. «О порядке медицинского освидетельствования подлежащих контингентов на ВИЧ-инфекцию».

За весь период регистрации от ВИЧ-инфицированных женщин родилось 182 живых ребенка, с ежегодным ростом от одного ребенка в 1998г. до 21 ребенка в 2015г.

По состоянию на 01.07.17 года на диспансерном учете состоят 13 детей. Все дети инфицированы вертикально. Только за 2015-2016 год были вновь взяты на диспансерный учет 4 ребенка. Двое из которых, в возрасте до года, по результатам обследования на нуклеиновые кислоты, двое детей в возрасте 4 лет при клиническом обследовании. При проведении ретроспективного анализа было выяснено, что во время беременности и родов матери этих детей находились в периоде серонегативного «окна». Течение ВИЧ-инфекции проявляется у детей различными поражениями со стороны органов и систем, вызванных, как непосредственно вирусом ВИЧ, так и оппортунистическими инфекциями. По классификации ВОЗ в стадии 4В – 2 детей, в стадии 4Б – 3 детей, в стадии 4А – 7 детей, 1 ребенок в стадии 3. Стадию 4В у детей определило наличие прогрессирующего энцефалита ишемического генеза с подострым течением, длительностью 3-4

года. В стадии 4Б двое детей - один с рецидивирующим Н/Зoster, один ребенок с десиминированным туберкулезом легких. Среди оппортунистических заболеваний наиболее часто встречаются кандидозы, герпесвирусные инфекции, один случай контактного герпеса. Другая многочисленная группа - это бактериально-вирусные инфекции в основном ЛОР органов (тонзиллиты, отиты, аденоидиты). В 100% случаев у детей отмечается персистирующая генерализованная лимфаденопатия и гепатомегалия. Из других, часто встречающихся заболеваний, можно отметить сиаденит, ангулярный хейлит.

Все дети, состоящие на диспансерном учете, получают высокоактивную антиретровирусную терапию, трое из них начали терапию на первом году жизни. Диагноз у этих детей был подтвержден по результатам обследования на нуклеиновые кислоты. Благодаря раннему началу АРВТ удалось остановить прогрессирование заболевания в этой группе детей. Основной задачей при проведении АРВТ у детей является достижение и длительное поддержание клинической, иммунологической и вирусологической эффективности. В ходе диспансерного наблюдения за детьми, с высокой приверженностью к терапии отмечается иммунологическая и вирусологическая эффективность, однако не всегда удается стабилизировать клиническое состояние при применении схем 2НИОТ+ИП, которое проявляется частыми бактериально-вирусными заболеваниями. Лучшие результаты по клинической, вирусологической и иммунологической эффективности отмечаются у детей получающих схемы 2НИОТ+ННИОТ. Из всех детей, получающих ВААРТ - 53,4% получают комбинацию классов препаратов 2НИОТ+ННИОТ, 39% получают комбинацию 2НИОТ+ИП, 7,6% 2НИОТ+ИИ. В настоящее время дети по всем параметрам находятся в фазе ремиссии.

Благодаря консультативной помощи и помощи в госпитализации все, состоящие на диспансерном учете дети, ежегодно проходят полное клинико-лабораторное обследование в ФКУ РКИБ п. Усть-Ижора, с использованием современных технологий, своевременно проводится коррекция лечения с определением резистентности к препаратам, в случае неэффективности.

Выводы. Конечной целью лечения ВИЧ-инфекции является увеличение продолжительности жизни ребенка и улучшение качества его жизни. Антиретровирусная терапия является неотъемлемой и важнейшей частью комплексной терапии ВИЧ-инфекции, которая также включает лечение и профилактику оппортунистических инфекций, патогенетическую, иммунокорректирующую, соматическую помощь. Одним из условий достижения оптимальных результатов при проведении комбинированной антиретровирусной терапии является высокая приверженность, так как существует прямая связь между соблюдением режима приема препаратов и снижением вирусной нагрузки. С течением времени возникает необходимость изменения стартовой схемы, в связи с утратой эффективности, связанной с невозможностью полного подавления репликации вируса. Из 13 состоящих на диспансерном учете детей, у одного ребенка отмечалась резистентность практически на все препараты группы НИОТ кроме TDF, в связи с чем он получает схему терапии четвертой линии НИОТ+ИИ. Все, состоящие на учете дети, характеризуются высокой степе-

ню приверженности к терапии, благодаря чему имеют неопределяемые уровни вирусной нагрузки в течение длительного времени. Раннее начало АРВТ способствует правильному формированию иммунной системы ребенка, что значительно улучшает прогноз заболевания. Наибольшая продолжительность жизни у наблюдаемых детей с вертикальным инфицированием 19 лет - у ребенка, который был передан в категорию взрослых в 2016 году. Прогрессирование ВИЧ-инфекции у детей от ВИЧ-инфицированных матерей, происходит быстрее, чем у взрослых и наиболее агрессивно развивается у детей первого года жизни. Только, благодаря раннему назначению ВААРТ удалось остановить прогрессирования заболевания у этой группы детей.

Учитывая выше изложенное, необходимо активно продолжать стратегию по раннему выявлению ВИЧ у женщин фертильного возраста, с целью минимизации рождения детей с перинатальным контактом. Согласно «Клинических рекомендаций», своевременно обследовать детей на нуклеиновые кислоты, для раннего начала антиретровирусной терапии. Правильно подобранные схемы терапии, с учетом резистентности ВИЧ способствует повышению эффективности лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ «СО-ТВОРИ» ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С СООБЩЕСТВОМ ЛЮДЕЙ, ЗАТРОНУТЫХ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Иванова Е.В., Грошева В.В., Медведева А.А.

Общественная организация «СО-ТВОРИ», Санкт-Петербург

Предпосылки проекта. В 2015 году академик Вадим Покровский назвал темпы распространения ВИЧ в России угрозой национальной безопасности и предложил пересмотреть подходы к его профилактике. Концепция «СО-ТВОРИ» была разработана для эффективной работы специалистов с ВИЧ-положительными людьми для улучшения их качества жизни, а так же для взаимодействия с ВИЧ-отрицательными для повышения уровня информированности по теме диагноза.

В ходе реализации мероприятий выполняются следующие задачи: 1. Улучшение доступа к информации о медико-социальных услугах и правовой помощи для людей, затронутых проблемой ВИЧ. Во время встреч происходит общая дискуссия, в ходе которой происходит выявление проблем и обсуждение алгоритма возможного решения ситуации. Так же после встречи происходят консультации специалистов для уточнения и проработки индивидуальных трудностей. 2. Повышение уровня информированности ВИЧ-отрицательных людей о диагнозе, для дальнейшей трансляции в общее население. Открытый доступ к достоверной информации, с возможностью задать дополнительные вопросы. 3. Разрушение шаблонного представления о людях с диагнозом ВИЧ. На встречи приходят люди, которые заинтересованы в саморазвитии, и происходит наглядное понимание, что диагноз ВИЧ уже давно перестал быть болезнью маргинальных частей общества. 3. Развитие и задействование потенциала людей, небезразличных к теме ВИЧ, независимо от статуса. В процессе проведения данного проекта привлекаются координаторы, которые выявляются не по

принципу анализа на ВИЧ, а по уровню вовлеченности, заинтересованности и профессиональным качествам.

Материалы и методы.

1. Проведение творческих встреч, в которых принимают участие ВИЧ-положительные люди и те, кто не безразличен к этой проблеме.

2. Осуществление выездных творческих мастер классов в Республиканской Клинической Инфекционной Больнице для ВИЧ-положительных детей и подростков.

3. Активное ведение работы в закрытой группе https://vk.com/sotvori_spb и других ресурсах по привлечению участников.

Результаты. в рамках концепции «СО-ТВОРИ» проведено 62 творческие встречи и 11 выездных мастер классов. Они дали возможность людям, затронутые проблемой ВИЧ-инфекции, учиться искать достоверную информацию, обращаться при необходимости за помощью в медицинские/социальные учреждения, к социальным работникам и активистам. Также через творческую атмосферу мероприятия создавалась благоприятная среда, в которой участники без стеснения могут выражать свои чувства и открыто говорить о проблемах, опасениях, связанных с ВИЧ. Все это улучшает их психоэмоциональное состояние, помогает легче пройти процесс понимания диагноза и улучшить качество жизни.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ НА СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕЗ ДИАРЕИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МАРКЕРОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Умбетова К.Т., Корогодская Е.Г., Бурдова Е.Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

Цель: оценить клинико-патогенетическое значение скрытого присутствия маркеров возбудителей кишечных инфекций (ЛПС/О-антигенов и антигена Шига токсина) в формировании особенностей клинического течения у ВИЧ-инфицированных больных на стадии вторичных заболеваний.

Обследовано 100 больных ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний (47 мужчин и 53 женщины), без сопутствующей диареи; на 4А стадии - 24 больных (24%), на стадии 4Б - 23 (23%) и на стадии 4В - 53 (53%). Средний возраст больных составил $36,78 \pm 7,8$ лет. Диагноз заболевания был установлен на основании анамнестических, эпидемиологических, клинических и лабораторных данных согласно Российской клинической классификации ВИЧ-инфекции в новой редакции (приказ МЗиСР РФ № 166 от 17.03.2005 г.). В парных пробах кала реакцией коагулирования на стекле с использованием соответствующих диагностикумов тестировали ЛПС/О-антигены возбудителей кишечных инфекций (*S. sonnei*, *S. flexneri* 1-5, 6; *Salmonella* B, C1, C2, D, E серогрупп; *Y. pseudotuberculosis* I, III; *Y. enterocolitica* O3, O9; *Campylobacter* - *C. jejuni*, *C. coli*, *C. lari*; реакцией коагулирования на планшетах выявляли частоту обнаружения и уровни антигена Шига токсина в копрофильтратах (КФ) и в составе ЦИК.

Из 100 обследованных больных на присутствие антигена Шига токсина и ЛПС/О-антигенов в кишечнике

наибольшее количество больных имели микст ЛПС/О-антигены и АгШТ в кале (24%), причем преобладали в этой группе больные 4В стадии ВИЧ-инфекции. У всех обследованных больных ВИЧ-инфекцией, независимо от наличия АгШТ и ЛПС/О-антигенов в организме, заболевание протекало с интоксикационным синдромом (лихорадка, слабость) и у половины больных наблюдались диспептические проявления (снижение аппетита, боли в животе, тошнота), без достоверных отличий по подгруппам. У больных с наличием АгШТ и ЛПС/О-антигенами в кале более часто диагностирован желтушный синдром (44%) ($p \geq 0,05$). У больных с ЛПС/О-антигенами более часто диагностировались заболевания ЖКТ (до 80%) ($p \geq 0,05$) в виде хронических гастродуоденитов (50%) и хронического панкреатита (53,3%). Хронические заболевания печени (до 93,3%) преимущественно отмечены у больных с ЛПС/О-антигенами в кале, независимо от наличия АгШТ в кишечнике. У больных с АгШТ и ЛПС/О-антигенами чаще диагностированы цирроз печени (52,3%) и асцит (32,8%). В периферической крови у больных ВИЧ-инфекцией в присутствии ЛПС/О-антигенов различных возбудителей кишечных инфекций и с наличием АгШТ отмечается достоверное увеличение числа лейкоцитов и лимфоцитов и снижение числа сегментоядерных клеток ($p \leq 0,05$) в сравнении больными без АгШТ.

Таким образом, в результате проведенного анализа установлено, что более часто заболевания ЖКТ, декомпенсированный цирроз печени с развитием асцита диагностировали у больных ВИЧ-инфекцией с наличием Шига токсина и ЛПС/О-антигенами возбудителей кишечных инфекций в кале. Возможно, присутствие микст ЛПС/О-антигенов в сочетании с АгШТ вызывает большую декомпенсацию основного патологического процесса.

МОНИТОРИНГ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Подымова А.С., Прожерин С.В., Рямова Е.П.

Областной центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Екатеринбург

В структуре смертности больных ВИЧ-инфекцией одно из лидирующих мест занимают злокачественные новообразования, в этиологии и патогенезе которых ключевую роль играют онкогенные вирусы (Рассохин В.В. и соавт., 2017). Персистенция генотипов вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) - ведущий фактор развития дисплазии и рака шейки матки. Результаты проведенных исследований в России демонстрируют вариабельность распространенности ВПЧ ВКР и спектра его генотипов у ВИЧ+ женщин в различных географических регионах.

Цель. Изучить региональные особенности инфицированности ВПЧ ВКР ВИЧ-позитивных женщин Свердловской области, сравнить частоту встречаемости различных генотипов ВПЧ ВКР с показателями Уральского региона (женщины общей популяции).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 347 пациенток в возрасте от 20 до 56 лет, состоящих на диспансерном учете в ОЦ СПИД по по-

воду ВИЧ-инфекции, которым в период с января 2015г. по август 2017г. проведено тестирование биологического материала из цервикального канала на 12 генотипов ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) методом ПЦР с использованием набора реагентов «АмплиСенс® ВПЧ ВКР генотип-FL». Для сравнительного анализа полученных результатов с показателями частоты встречаемости генотипов ВПЧ ВКР в регионе (по количеству типоспецифических сигналов) использовали данные УрНИИДВиИ (Кунгуров Н.В. и соавт., 2009), рассчитывали критерий χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных женщин у 212 (61,1%) выявлен ВПЧ ВКР в соскобе эпителия цервикального канала. Одновременное инфицирование двумя и более онкогенными типами ВПЧ обнаружено у 118 из 212 пациенток, что составило 55,7%. При микстинфекции превалировало инфицирование двумя генотипами ВПЧ ВКР: у 54 (25,5%) ВПЧ-положительных женщин. Реже идентифицировали три генотипа ВПЧ – у 37 (17,5%) пациенток, четыре генотипа – у 14 (6,6%). С одинаковой частотой (по 1,9%) регистрировали пять, шесть и восемь генотипов. Микст ВПЧ из семи генотипов зафиксирован у 0,4 % ВПЧ+ женщин. При инфицировании 4-мя и более генотипами ВПЧ ВКР в 37% выявляли 16 тип, в 22% – 18 тип, их сочетание в 11% случаев. Наиболее часто среди обследованных женщин выявлялся 16 генотип ВПЧ (31,6%). Далее по частоте встречаемости генотипы ВПЧ ВКР распределились следующим образом: 52 тип выявлен у 24,5% больных ВИЧ-инфекцией, 39 – у 20,3%, 51 – у 19,3%, 31 и 33 тип у 17,9% каждый, 56 – у 16%, 58 – у 14,6%, 35 – у 14,2%, 45 – у 13,7%, 18 – у 12,7%, 59 генотип идентифицирован у 8,5% обследованных.

Сравнительный анализ частоты встречаемости различных генотипов ВПЧ ВКР, полученных в ОЦ СПИД и УрНИИДВиИ, по общему количеству типоспецифических сигналов (448 и 501 соответственно) показал статистически значимое превалирование у ВИЧ+ женщин генотипов ВПЧ: 18 (6% против 3% в регионе; $p < 0,05$), 51 (9,2% и 0,9%; $p < 0,01$), 52 (11,6% и 5%; $p < 0,01$), 56 (7,6% и 2,6% соответственно; $p < 0,01$). Напротив, в регионе преобладали генотипы ВПЧ: 16 (23,6% против 15% больных ВИЧ-инфекцией; $p < 0,01$), 35 (12,8% и 6,7%; $p < 0,01$), 45 (10,8% и 6,5% соответственно; $p < 0,05$). Не установлено различий по следующим генотипам ВПЧ: 31, 33, 39, 58, 59 ($p > 0,05$).

Выводы. Результаты исследования показали, что у ВИЧ-инфицированных женщин Свердловской области высокая частота встречаемости (61,1%) и микстинфекции (55,7%) ВПЧ ВКР. Ведущими являются ВПЧ 16, 52, 39, 51, 31 и 33 генотипов. Встречаемость и спектр генотипов ВПЧ ВКР, выявленных у больных ВИЧ-инфекцией женщин Свердловской области, имеет существенные различия не только в сравнении с показателями других регионов, но и с данными обследования женщин общей популяции Уральского региона.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Левахина Л.И.¹, Тюменцев А.Т.¹, Пасечник О.А.²

¹ Научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций,

² Омский государственный медицинский университет, г. Омск

В настоящее время одним из ключевых направлений противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции является обеспечение высокого охвата тестированием на ВИЧ населения в целом, и уязвимых групп в особенности, с целью своевременного выявления заболевания и назначения больным АРТ, имеющей одновременно как лечебный, так и профилактический эффект. Первый компонент цели ООН «90-90-90», поставленной к 2020 г. – 90% больных ВИЧ-инфекцией должны знать о своем диагнозе.

Цель: оценить качество мероприятий по организации своевременного выявления ВИЧ-инфекции на территории Сибирского федерального округа (СФО).

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные форм федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», №4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ» 12 субъектов СФО, данные аналитических обзоров Сибирского федерального округа центра по профилактике и борьбе со СПИД. Дизайн исследования – наблюдательное описательно-оценочное эпидемиологическое исследование. В ходе исследования применялся общепринятый алгоритм эпидемиологического анализа.

Результат исследования. В 2016 году в СФО показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 135,8 на 100 тысяч населения. В целях выявления ВИЧ-инфекции в 2016 году в СФО было обследовано 4 280 530 человек, что составило 22,1% численности населения округа. Наибольший охват населения тестированием на ВИЧ был отмечен в Иркутской области (27,1%), Томской (24,8%), Омской (24,2%) областях, Забайкальском крае (24,3%), Республике Алтай (24,2%). Самым низким охват тестированием на ВИЧ населения был в Республике Хакасия (17,6%). От общего количества обследованных доля лиц с положительным результатом в реакции ИФА составила 1,6% ($n=69279$). В реакции иммунного блоттинга (ИБ) было подтверждено 27994 диагноза ВИЧ-инфекции, показатель выявляемости составил 6,5 на 1000 обследованных. Среди субъектов СФО наименьший показатель выявляемости ВИЧ-инфекции отмечен в Республике Тыва (0,12 на 1000 обследованных), Республике Алтай (2,1 на 1000 обследованных), Забайкальском крае (1,5 на 1000 обследованных). Наибольший показатель выявляемости наблюдался в Кемеровской (11,3 на 1000 обследованных) и Новосибирской (10,6 на 1000 обследованных) областях, что подтверждает крайне неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию, связанную с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции в этих регионах.

В структуре обследованного населения доля лиц из групп повышенного риска инфицирования ВИЧ составляла 8,1% ($n=346597$). Доля лиц с выявленной ВИЧ-инфекцией среди протестированного населения из групп риска составила 2,3%. В таких регионах, как Республика

Хакасия, Алтайский край, Красноярский край, Кемеровская область, Новосибирская область доля лиц с выявленной ВИЧ-инфекцией из указанных групп риска превышала 3%. Наименьшая выявляемость ВИЧ-инфекции в группах риска отмечена в Республике Тыва (0,02%), Забайкальском крае (0,3%), Республике Бурятия (0,9%).

В 2016 году было выявлено 2832 больных ВИЧ-инфекцией в стадии СПИД, что составило 10,7% (в 2015г – 9,4%).

Выводы. Учитывая неблагополучную эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости ВИЧ-инфекцией необходимо совершенствование подходов к организации раннего выявления больных, изменения кратности и охвата обследованием групп риска, оптимизации существующих алгоритмов тестирования населения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР

*Дьячков А.Г.^{1,2}, Яковлев А.А.¹, Мусатов В.Б.¹,
Стреляная Е.В.¹, Микитенко Е.В.²,
Городничева Л.Р.¹*

¹ Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина,

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить распространенность и характер наркологической патологии среди ВИЧ-позитивных пациентов, госпитализированных в специализированный инфекционный стационар.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации больных ВИЧ-инфекцией, которые были осмотрены врачом-наркологом в 3, 11 и 20-м отделениях КИБ им. С.П. Боткина с сентября по ноябрь 2016 г.

Результаты. За исследуемый период наркологом были консультированы 319 пациентов (53% поступивших). Среди обследованных преобладали пациенты мужского пола – 77%, постоянную работу имели лишь 14% больных, средний возраст пациентов составил 37,3±5,9 лет и не отличался у пациентов мужского и женского пола. Практически все больные поступали на поздних стадиях ВИЧ-инфекции: 4А – 118 (37%), 4Б – 68 (21%), 4В – 132 (41%) больных.

Распределение пациентов исследуемой группы по наркологическим нозологиям было представлено следующим образом: опиоидная наркомания – 220 пациентов (синдром интоксикации – у 16 (9 %), синдром отмены – у 40 (22 %), стадия ремиссии – у 120 (68 %) и опиоидная наркомания без уточнения стадии – у 44 больных), зависимость от амфетаминов – 6 больных (1,8%), хронический алкоголизм – 93 пациента (7 больных с явлениями алкогольного опьянения (7%), 44 – с проявлениями абстинентного синдрома (47%)). Диагноз полинаркомании был установлен у 4 больных (1%), а употребления алкоголя с вредными последствиями в сочетании с тем или иным видом наркомании – у 73 больных (33%). При этом пациенты, находящиеся в ремиссии по наркомании, в 27% случаев употребляли алкоголь перед госпитализацией.

Опыт приема высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) до госпитализации в стационар имели 118 больных (36%), однако, из этого числа на момент госпитализации в КИБ им. С.П. Боткина продолжали прием ВААРТ только 59 больных (50%). Среди продолжавших прием ВААРТ 21 пациент страдал хроническим алкоголизмом (33% в стадии ремиссии) и 38 больных наркоманией (83% в стадии ремиссии). По результатам нашего исследования, пациенты, активно употреблявшие алкоголь или наркотики, чаще прерывали ранее назначенную ВААРТ ($p=0,021$). При выписке ВААРТ получали 128 пациентов (40%), из них 40% мужчин и 60% женщин, при этом 70 больным ВААРТ была назначена впервые, а 58 больных продолжили прием ВААРТ назначенной до госпитализации.

За самовольный уход из отделения были выписаны 64 пациента (20%). Такой вид нарушения режима чаще регистрировался у пациентов мужского пола ($p=0,03$), причем одинаково часто покидали стационар как больные, находящиеся в ремиссии, так и в состоянии интоксикации или абстинентного синдрома.

Летальные исходы чаще отмечались у пациентов с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции ($p=0,0045$), причем у поступивших с признаками опиоидной или алкогольной интоксикации и абстиненции, чаще, чем среди больных в стадии ремиссии ($p=0,006$).

Выводы. Наркологическая патология вносит существенный вклад в течение и исходы госпитализации ВИЧ-позитивных пациентов. Хронический алкоголизм является распространенной патологией среди ВИЧ-позитивных больных, в том числе в сочетании с наркоманией. Приверженность ВААРТ до госпитализации увеличивают вероятность соблюдения режима пребывания в стационаре.

ВОВЛЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РАБОТУ С «ЗАКРЫТЫМИ» СТИГМАТИЗИРУЕМЫМИ ЦЕЛЕВЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ НИХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ

Акулова М.В., Кузьменко И.В., Шаркова Н.В.

Санкт-Петербургский благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие», Санкт-Петербург

Цель. Определить роль медико-социального сопровождения, осуществляемого СПб БОФ МСП «Гуманитарное действие» в рамках проектов помощи труднодоступным стигматизируемым в обществе целевым группам населения (таким как наркозависимые лица, люди, имеющие ВИЧ-позитивный статус, либо женщины, вовлеченные в оказание сексуальных услуг), в обеспечении доступа к медицинским услугам, социальной помощи, психологической поддержке, предоставляемым государственными службами и учреждениями.

Материалы и методы. В ходе программной деятельности фонда был проведен ретроспективный анализ карт социально-медицинского сопровождения и первичных анкет 138 клиентов программы, взятых на сопровождение в первом полугодии 2017г. в связи с необходимостью организации им доступа к лечению туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Результаты и обсуждение. Ежегодно в благотворительные программы СПб БОФ МСП «Гуманитарное действие» попадает более 300–350 клиентов, нуждающихся в срочном обследовании и лечении туберкулеза и ВИЧ-инфекции, являющихся зависимыми от психоактивных веществ. Среди них также и женщины, вовлеченные в секс-бизнес. За 6 месяцев 2017 года из 569 человек, взятых фондом на медико-социальное сопровождение, 138 клиентов имели тройной диагноз: ВИЧ-инфекция, наркозависимость, туберкулез. Практически все из 138 были первичными клиентами, т.е. до момента взятия на сопровождение не обращались самостоятельно за помощью ни в фонд, ни в государственные учреждения. Только у 15% из них в прошлом был опыт обращения в государственные службы за получением помощи. Социальные работники фонда проводили работу по выявлению таких клиентов во время пешей аутрич-работы (социальная работа в местах обитания/нахождения целевой группы), выездов мобильных профилактических лабораторий, в рамках приема в профилактических стационарных пунктах. С клиентами проводились консультации, в ходе которых были определены риски и вероятность заражения туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями. Клиенты, имеющие высокий риск и отклонения в состоянии здоровья, мотивировались на прохождение обследования и лечения, получение социальной и психологической помощи в государственных учреждениях. У 138 из них диагнозы были подтверждены и назначено лечение, с ними был заключен договор на сопровождение: 72-м были восстановлены паспорта, 92-м человекам оформлена регистрация по месту пребывания, 2-м оказано содействие в получении наркологической помощи, 10-ти – помощь в оформлении пенсии по инвалидности. Все начали получать АРВП и противотуберкулезную терапию.

Выводы. Большинство клиентов с подтвержденным тройным диагнозом (ВИЧ-инфекция, туберкулез, наркозависимость) на момент первого контакта не были в сфере внимания государственных учреждений, либо имели неудачный опыт обращения за помощью ранее. Для получения помощи клиентам необходимо было пройти процесс восстановления документов, либо оформления регистрации по месту пребывания, что самостоятельно осуществить они не могли в связи с утратой социальных навыков, обусловленной значительной стигматизацией в обществе данной целевой группы. Как показал анализ документации именно клиент-центрированные подходы, комплексная помощь и «равная» поддержка общественной организации делает доступными обследование, лечение и другие виды помощи для «закрытых» целевых групп.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДОРОДОВОМУ УХОДУ СРЕДИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Сидоренко Н.Ю., Атаянц Ж.Г., Евдокимова И.А.
Некоммерческое партнерство «Е.В.А.», Санкт-Петербург*

Цель: изучение факторов, влияющих на приверженность дородовому уходу среди беременных наркозависимых женщин в Российской Федерации.

Материалы и методы. Исследование проводилось смешанными методами (количественными и качественными):

2012: опрос 213 женщин, употреблявших наркотики, – клиентов низкого порога программ профилактики ВИЧ в 6 городах России;

2013–2014: глубинные полуструктурированные интервью с 27 экспертами, представляющими сообщества врачей, НКО и наркозависимых женщин,

2017: онлайн-опрос 44 сотрудников НКО, оказывающих услуги наркозависимым женщинам в 22 регионах России.

Результаты. 40% опрошенных регулярно посещали женскую консультацию, тогда как 27% посетили врача-гинеколога 1 раз в период беременности или попали в поле зрения системы здравоохранения в момент наступления родов.

Выявлены следующие факторы, оказывающие влияние на приверженность дородовому уходу беременных наркозависимых:

Наркологическая помощь: 23% не посещали регулярно женскую консультацию в связи со страхом постановки на наркологический учет и последующей потери родительских прав. 59,6% посещавших женскую консультацию, сообщили о том, что лечащий врач знал о факте употребления наркотиков. По направлению врача-гинеколога либо самостоятельно за наркологической помощью обратились 20% опрошенных, четверти из них в помощи было отказано. Лишь 35% смогли отказаться от наркотиков во время беременности. Однако не было выявлено зависимости между обращением за наркологической помощью и прекращением употребления наркотиков.

Реабилитация от наркозависимости: за реабилитационной помощью обращалось лишь 10% опрошенных, полный курс реабилитации не был пройден ни одной из женщин. В 2017 году 36% опрошенных сотрудников НКО указали, что в их регионах работают негосударственные реабилитационные центры, которые оказывают помощь беременным наркозависимым женщинам, но отсутствие бесплатных государственных реабилитационных центров для данной категории клиентов делает реабилитационную помощь недоступной.

Акушерская и гинекологическая помощь: Медицинскую помощь, оказанную матери и ребенку в родильном доме, женщины оценивают как своевременную и адекватную, но при этом почти 30% испытывали негативное отношение со стороны медицинского персонала.

Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции: 50% опрошенных имели диагноз ВИЧ-инфекция. 74% женщин получали препараты для профилактики вертикальной трансмиссии, но только 52% из них принимали таблетки регулярно, 48% придерживались режима приема не полностью ввиду наркозависимости. Тем не менее врачи-инфекционисты отмечали, что беременные наркозависимые женщины намного более привержены регулярному приему АРВТ, чем небеременные в связи с заботой о здоровье будущего ребенка.

Выводы. отсутствие наркологической помощи для беременных наркозависимых является одним из главных факторов, влияющих на приверженность наркозависимых беременных женщин дородовому уходу и наблюдению.

нию у медицинских специалистов. С целью изменения ситуации необходимо разработать нормативные документы по предоставлению наркологической помощи беременным женщинам на основе международных рекомендаций и создать государственные программы реабилитации для беременных наркозависимых женщин.

АДАПТАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЛИЧНОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Гречаний С.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург*

Цель: выявление характеристик адаптационной системы личности у ВИЧ-инфицированных подростков, страдающих расстройствами поведения (РП) и употреблением психоактивных веществ (ПАВ) с вредными последствиями. Исследовано 52 ВИЧ-инфицированного подростка, употребляющих: 1) опиоиды (27 чел.); 2) летучие растворители (14 чел.); алкоголь (5 чел.); 4) стимуляторы (6 чел.). Методы исследования: «Индекс жизненного стиля» и «Методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями». Результаты сравнялись с 241 подростком, имеющим схожие диагнозы (РП и употребление ПАВ), но ВИЧ-негативный статус.

Исследование показало, что у ВИЧ-позитивных подростков по сравнению с ВИЧ-негативными выявлено достоверное преобладание механизмов психологической защиты «регрессия», «замещение», «реактивные образования» и достоверно меньшее значение МПЗ «проекция». Это характеризует защитный стиль пациентов основной группы как незрелый и мало адаптивный.

ВИЧ-позитивные подростки достоверно чаще по сравнению с ВИЧ-негативными использовали тип совладающего поведения «конфронтация» и реже – «планирование решения проблемы», что указывает на преобладание у них неконструктивных и дезадаптивных типов совладания.

Исходя из результатов исследования компонентов адаптационной системы личности, можно говорить о сходстве механизмов психологической защиты у ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих разные ПАВ и в разные возрастные периоды. Оно заключается в близости профиля защитного поведения у пациентов, употребляющих опиоиды, и пациентов, употребляющих летучие растворители, а также в преобладании регрессивно-заместительного стиля защитного поведения у ВИЧ-позитивных по сравнению с ВИЧ-негативными как в подростковом, так и в молодом возрасте. Наряду с этим в обоих возрастных периодах прослеживается тенденция к преобладанию у ВИЧ-позитивных по сравнению с ВИЧ-негативными незрелых механизмов защиты («отрицание», «реактивные образования»).

Исследование типов совладающего поведения у ВИЧ-инфицированных показало, что имеется предпочтение неконструктивных дезадаптивных типов совладания («конфронтация») и меньшая распространенность конструктивных копингов («планирование решения про-

блемы») у ВИЧ-позитивных пациентов по сравнению с ВИЧ-негативными. Возрастное различие в механизмах совладающего поведения связано с недостаточностью у ВИЧ-позитивных пациентов молодого возраста по сравнению с ВИЧ-негативными конструктивных типов совладания («поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы»). Вид употребляемого ПАВ не оказывает существенного влияния на профиль совладающего поведения ВИЧ-инфицированных как в подростковом, так и в молодом возрасте. У девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками выявляются достоверно более высокие показатели неконструктивных (дезадаптивных) способов совладающего поведения «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание». Также чаще используется относительно конструктивный способ совладания – «положительная переоценка».

Полученные данные следует использовать при проведении когнитивно-поведенческой психотерапии ВИЧ-инфицированных подростков.

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛАМ КОМОРБИДНОСТИ И PITSS У ВИЧ (+) И ВИЧ (-) БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ (ТС)

Вишневский А.А., Бурлаков С.В.

*Научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург*

Цель: прогнозирование риска послеоперационных осложнений хирургического лечения у больных ТС.

Материалы и методы. Исследование по типу «группа-контроль». В период с 01.01.2015 г. по 01.12.2015 г. оперировано 42 пациента в возрасте 18-74 лет (мужчин было 24-57,1%, женщин 18-42,9%). Выполнено 76 (100%) операций. Первичных операций выполнено 42 (55,2%), этапных – 29(38,2%), ревизионных -5(6,5%).

Пациенты разбиты на 2 группы. ВИЧ (+) больные ТС составили 1 группу- 24(57,2%). В референтную группу (Группа 2) вошли ВИЧ (-) ТС – 18(42,8%). У 27(64,3%) пациентов имелись генерализованные формы туберкулеза. Сопутствующая патология выявлена у 39(92,8%) Из них у 14 (25,6%) имели поражение одной системы, 25(64,1%) двух и более.

Уровень бактериологического подтверждения туберкулеза методом посева на жидких и твердых средах в группе ВИЧ (+) больных составил 54,2% (13 случаев), в группе ВИЧ (-) лишь у 33,3% (6 случаев).

Прогноз выживаемости больных после проведенного оперативного лечения рассчитан по индексу коморбидности Чарлсона (ИКЧ). Так, при сумме баллов 2 баллов 10 летняя выживаемость пациента предполагается 90%, а при 5 баллах лишь 21 % (Harris M.B. et al. 2010 Arrigo R.T et al., 2011). В группе ВИЧ (-) пациентов ТС до 5 баллов имели лишь 6 (33,3%) больных, а при наличии у них ВИЧ-инфекции у 100% больных.

Предоперационное планирование предполагало изучение не только ИКЧ, но и оценку степени риска операции и наркоза по шкале Американской Ассоциации Анестезиологов (American Association of Anaesthetists – ASA), а также прогнозирование риска послеопераци-

онных осложнений при хирургическом лечении спондилитов с использованием шкалы PITSS (Postoperative infection treatment score) (Di Paola C.P., et al., 2012).

Как показали исследования у больных ТС со значительной (ASA 3 ст.) и высокой группой риска (ASA 4 ст.) было большинство больных ТС -38 (90,4%). В группе ВИЧ (+) пациенты с ASA 4 ст. встречались в 3 раза чаще, чем с ASA 3 ст. ($p \leq 0,01$) ($OR=3.1$).

Ранние и поздние осложнения встречались у 5 (11,9%) больных. Для прогноза риска возникновения послеоперационных осложнений использовали шкалу PITSS. В группе 1 средний (15-20 баллов) и высокий (21-30 баллов) риск послеоперационных осложнений имели 20 (83,3%) больных, в группе 2 – 8 (44,4%) ($p < 0,05$). Высокий риск по шкале PITSS (21-30 баллов) у ВИЧ (+) больных встречался в 4 раза чаще, чем у ВИЧ (-) пациентов. В этой же группе риск возникновения осложнений, по сравнению с ВИЧ (-) пациентами, был выше более, чем в 2 раза ($p \leq 0,05$, $OR=2.3$).

Выводы.

Более 2/3 больных ТС имели тяжелые сопутствующие заболевания и высокий риск (3-4 степени) по ASA, что увеличивало степень риска оперативного лечения и наркоза;

В группе ВИЧ (+) риск возникновения послеоперационных осложнений по шкале PITSS был в 2 раза выше, по сравнению с группой ВИЧ (-) больных;

За счет высокой коморбидности прогноз развития послеоперационных осложнений у больных ТС при наличии ВИЧ-инфекции в стадии СПИД достоверно выше, чем у ВИЧ (-) больных.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДУЩИХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Алферина Е.Н., Сукочева М.М., Шишканов С.А.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва, г. Саранск

В последние годы в России наблюдаются негативные тенденции в ходе эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, когда все больше регионов страны приобретают статус территорий с распространенной эпидемией. Изменения в структуре заболеваемости на фоне ее роста происходят и в относительно благополучной по ВИЧ Республике Мордовия (РМ), что требует серьезной оценки текущей ситуации и усиления профилактической работы с населением.

Цель. Изучение значимости ведущих путей передачи ВИЧ-инфекции в разных гендерных группах.

Материалы и методы. Используя материалы ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД» за 1996 – 2015 гг., проведен анализ половой структуры заболеваемости и основных путей распространения ВИЧ-инфекции в первые 20 лет ее регистрации в Мордовии.

Результаты и обсуждение. К настоящему времени (01.07.2017 г.) из 1777 случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в РМ, почти 60 % (1054 сл.) обусловлено половым (гетеросексуальным) путем передачи. Треть всех случаев заражения (585 сл.) связана с инъекционным (внутривенным) использованием наркотиков.

Смена ведущего пути передачи ВИЧ в Мордовии произошла более 10 лет назад, когда доля полового (гетеросексуального) пути заражения возросла с 40,8 % в 2003 г. до 67,9 % в 2004 г. В дальнейшем его удельный вес варьировал от 64,6 % до 81,7 %, тогда как инъекционное (внутривенное) употребление наркотиков обеспечивало от 15,1 до 34,4 % новых случаев инфекции в год (в сравнении с 1999 – 2001 гг., когда последний достигал 87,5 – 89,8 %).

За 20 лет наблюдения (с 1996 года) среди лиц с ВИЧ-инфекцией в РМ, заразившихся при использовании инъекционных наркотиков, 84,8% составили мужчины (448 чел.), тогда как в структуре инфицированных половым путем преобладали женщины (56,1%; 489 чел.). Соотношение женщин, получивших ВИЧ разными путями, составило 1:6 в пользу заражения посредством полового контакта. Более половины всех ВИЧ-позитивных мужчин (53,9%) инфицировались инъекционно. Отмечается снижение доли мужчин среди имевших инъекционный путь передачи с 91,0 – 93,3% в начале 2000-х гг. до 70,7% к 2015 г.

Резкий подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РМ в 2001 году был обусловлен развитием эпидемии среди наркоманов. Так, за период с 2000 г. по 2004 г. было зарегистрировано более половины (53,3 %) всех «инъекционных» случаев заражения, установленных среди мужского населения в 1996 – 2015 гг. В последние десять лет наблюдается отчетливое снижение абсолютного числа мужчин, инфицировавшихся таким путем (в среднем – $18,3 \pm 4,3$ случая в год).

В начале XXI века в республике установлено увеличение в 5,7 раза (за 6 лет) числа женщин, инфицировавшихся ВИЧ половым путем (с 1 – 7 случая в 2000 – 2001 гг. до 40 – в 2005 г.) За указанный период было зарегистрировано 118 «женских» случаев, что свидетельствовало об их активном вовлечении в эпидемию ВИЧ-инфекции. В дальнейшем ситуация стабилизировалась, обеспечивая в среднем $37,3 \pm 5,7$ новых случаев в год. Более с всех случаев заражения женщин ВИЧ половым путем (410 сл.) были установлены в последние 10 лет.

В 1996 – 1999 гг. доля мужчин среди заразившихся гетеросексуальным путем в РМ составляла 100 %. В 2000 г. она снизилась до 75 %, в 2001 г. – до 46,2 %, а в 2005 г. составила всего 14,9 %. С 2006 года вновь отмечается рост данного показателя, который к 2015 г. достиг 63 % (58 случаев).

Выводы. Таким образом, ведущим путем передачи ВИЧ в Мордовии в последнее десятилетие является половой, которым женщины инфицируются в 6 раз чаще, чем инъекционно. Несмотря на преобладание среди мужчин инъекционного способа заражения, значимость гетеросексуального контакта для них возросла в последнее время, обеспечив к 2015 году превышение числа «женских» случаев в 1,7 раза. Выявленные особенности следует учитывать при организации профилактической работы в разных гендерных группах.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ/ХГС ПРОБИОТИКОМ СПОРОБАКТЕРИНОМ

Нуриахметова О.В., Калинина Т.Н., Михайлова Н.Р.

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

ВИЧ-инфекция и хронический гепатит С (ХГС) остаются актуальной проблемой инфекционной патологии в связи с их широкой распространенностью и склонностью к тяжелым осложнениям и исходам.

Цель: определение микробиоценоза кишечника у больных ВИЧ/ХГС и оценка эффективности применения споробактерина.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных ВИЧ/ХГС в возрасте от 22 до 49 лет. Всем пациентам проводили бактериологическое исследование кала на дисбактериоз в соответствии с рекомендациями приказа МЗ РФ № 231 от 09.06.2003 г. «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника». Для оценки иммунного статуса определяли: ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы, ЕД. ОП.), содержание CD4, CD8, CD3, CD19 – лимфоцитов. Функциональную активность нейтрофилов исследовали при помощи спонтанного и стимулированного зимозином НСТ-теста (%).

Результаты. Применение споробактерина в течение 3 месяцев у больных ХГС дало выраженный микробиологический эффект. Микробиоценоз кишечника полностью восстановился у 82% больных, $p < 0,001$. Дисбактериоз третьей степени, имевший место у 42% больных до лечения, к моменту окончания терапии отсутствовал, $p < 0,001$. Средний уровень бифидобактерий в 1 г. фекалий у больных достоверно увеличился с $18,05 \pm 1,21 \times 10^5$ КОЕ/г до $368,2 \pm 29,41 \times 10^5$ КОЕ/г, $p < 0,001$, средний уровень лактобактерий с $17,11 \pm 3,2 \times 10^5$ КОЕ/г до $258,6 \pm 42,4 \times 10^5$ КОЕ/г, $p < 0,001$, а среднее количество кишечной палочки со $172,3 \pm 9,42 \times 10^6$ КОЕ/г до $302,6 \pm 7,2 \times 10^6$ КОЕ/г, $p < 0,001$. Отмечено достоверное снижение количества пациентов, у которых была обнаружена кишечная палочка со сниженными ферментативными свойствами с 29% до 3%, $p < 0,01$, лактозонегативная кишечная палочка – с 12% до 0%, $p < 0,02$, гемолитические формы кишечной палочки – с 44% до 2%, $p < 0,001$.

На фоне приема споробактерина увеличилось количество больных с нормальным уровнем АлАТ до 70%. Снизилось число пациентов, у которых АлАТ до начала лечения достигало пяти норм, с 28% до 4%, $p < 0,02$, с уровнем АлАТ, превышающим норму в 5 раз: 47% до 5%, $p < 0,001$. Снизился средний уровень АлАТ со $122,9 \pm 11,63$ Е/л до $22,3 \pm 4,3$ Е/л, $p < 0,001$.

Нарушения в иммунном статусе до лечения споробактерином наблюдались у всех пациентов: иммунный дисбаланс со снижением числа практически всех основных субпопуляций лимфоцитов (особенно CD3+, CD4+) в сочетании со снижением процентного содержания фагоцитирующих клеток – фагоцитарного показателя (ФП), а также показателей бактерицидной функции фагоцитов (НСТ-спонтанного, НСТ-стимулированного). В ходе исследования зарегистрированы повышение содержания субпопуляций CD19+ и повышение уровней IgM и IgG, уровня ЦИК. У больных ХГС после 3 месяцев приема

споробактерина отмечалась положительная тенденция к снижению относительного содержания CD3+, произошло достоверное увеличение среднего уровня (%) CD4+ с $33,23 \pm 0,87$ до $40,38 \pm 1,2$, ($p < 0,05$); CD8+ с $19,22 \pm 1,84$ до $27,19 \pm 1,06$, $p < 0,05$; снижение – уровня ЦИК с $248,4 \pm 11,2$ ЕД ОП до $141,11 \pm 16,3$ ЕД ОП, $p < 0,05$.

Выводы. Дисбактериозом кишечника страдают подавляющее большинство больных сочетанной патологией ВИЧ/ХГС. Исходное состояние клеточного и гуморального звена иммунитета у больных ВИЧ/ХГС значительно отличается от здоровых лиц. Результаты исследования свидетельствуют об эффективности споробактерина для нормализации биоценоза кишечника, регрессии лабораторных признаков гепатита. Споробактерин оказывает иммуномодулирующее действие.

ОПЫТ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НЕ ПРИВЕРЖЕННЫМИ К ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

Бойко А.Н.¹, Айрапетян М.С.¹, Кандлен К.В.², Бурдина Ю.В.¹

¹Красноярский краевой центр профилактики и борьбы со СПИД,

²Фонд помощи в области СПИД (АНФ), г. Красноярск

Цель. Общие количество ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Красноярском крае с установленным диагнозом, на 01.07.2017 составило 29420 человек, показатель заболеваемости 1026.3 на 100 тыс. населения края. Лечение является одной из самых эффективных мер контроля распространения ВИЧ. Поэтому важным моментом в системе профилактики ВИЧ, является формирование достаточного уровня приверженности пациентов к диспансерному наблюдению и лечению. В ситуации, когда значительная часть людей, живущих с ВИЧ, являются активными потребителями психоактивных веществ, у многих отсутствует мотивация к лечению, когда существует большая миграция пациентов и сохраняется дискриминация по диагнозу, удержание пациентов на лечении является сложной задачей для СПИД Центра. Поэтому, когда благодаря установлению партнерских отношений между Красноярским Центром СПИД, Филиалом некоммерческой корпорации AIDS Healthcare Foundation (АНФ), КРОО «Мы против СПИДа», в 2013 году была запущена программа помощи людям, живущим с ВИЧ в г. Красноярске, основным направлением программы стало разработка и внедрение системы мер по социальному сопровождению пациентов с низкой приверженностью.

Материалы и методы. Нами была создана мультидисциплинарная команда, был разработан алгоритм мероприятий по розыску потерянных пациентов и возвращению их к лечению.

Выбор из диспансерной базы пациентов для розыска и социального сопровождения. Основные критерии для включения в розыск: пациенты на антиретровирусной терапии, не явившиеся на прием через 3 месяца; пациенты без лечения, не явившиеся на очередное обследование через 6 месяцев; пациенты с СД4 меньше 350 и не узнавшие свой результат в течение месяца; беременные женщины, пропускающие визиты.

Выезд команды по адресам в различные дни недели, включая выходные, в разное время (утро, день, вечер).

Запись пациента на прием и отслеживание его явки по диспансерной базе с регулярными напоминаниями о дате и времени визита.

Сопровождение не пришедших вовремя пациентов по телефону и повторные выезды, до явки на прием к врачу и сдачи анализов.

В случае невозможности найти пациента, розыск через друзей, родственников, лечебные учреждения и запросы в ЗАГС.

Внесение информации и результатов в диспансерную базу, из которой все члены команды узнают на каком этапе идет работа с пациентом.

Результаты и обсуждение. Анализ и понимание причин низкой приверженности у наших пациентов, помогло нам определить эффективные мероприятия по увеличению охвата наблюдением и лечением ЛЖВ. За четыре года совместной работы 3112 пациентов стали клиентами программы, а 1544 пациента начали или возобновили лечение, получив помощь социального работника и/или равного консультанта. Проводимая нами работа, не всегда приводит к быстрому возвращению пациента под наблюдение и лечение, но полученная о нем информация позволяет врачам понять, что произошло с пациентом и спланировать дальнейшую тактику.

Выводы. На сегодняшний день, удержание низко приверженных пациентов под длительным наблюдением врача является трудной, но осуществимой задачей. Обмен опытом в этом направлении поможет в конечном итоге выработать единые эффективные подходы для всех лечебно-профилактических учреждений, внедрение которых будет способствовать снижению уровня распространения ВИЧ-инфекции.

ДЕТИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: ПРОБЛЕМЫ НА ФОНЕ ВААРТ

Ястребова Е.Б.^{1,2}, Самарина А.В.^{2,1},

Воропаева Е.К.², Гутова Л.В.^{2,1}

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

² Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

В Российской Федерации ежегодно увеличивается число ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста, и к концу 2016 года их количество составило более 350 тыс. (41,0%), в свою очередь, в Санкт-Петербурге - 14923 (39,7%). С 1995 по 2016 гг. в городе ВИЧ-инфицированными женщинами рождено 8063 ребенка (в 2014 г. - 658, в 2015 г. - 658 и в 2016 г. 627 детей), диагноз установлен 423 младенцам, состоят на диспансерном учете с подтвержденным диагнозом – 375, 360 детей (96,0%) получают высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). Основными проблемами, возникающими при проведении ВААРТ у детей, являются: приверженность, резистентность, нежелательные явления (НЯ).

Цель исследования: провести анализ основных проблем (нежелательные явления, резистентность, приверженность) на фоне ВААРТ у детей и рассмотреть подходы к решению с учетом современных ресурсов.

Материалы и методы. Под наблюдением в отделении материнства и детства городского центра СПИД находятся 375 ВИЧ-инфицированных детей. Возраст пациентов составил от рождения до 17 лет, в среднем - $9,5 \pm 0,3$ лет. Среди детей с ВИЧ-инфекцией по полу распределились следующим образом: мальчики - 180 (48,0%), девочки - 195 (52,0%). По стадиям ВИЧ-инфекции (Покровский В.И., 2006) дети диагностированы: стадия 2А - 4 (1,1%), стадия 2Б - 6 (1,6%), стадия 2В - 1 (0,3%), стадия 3 - 81 (21,6%), стадия 4А - 212 (56,5%), стадия 4Б - 66 (17,6%) и стадия 4В - 5 (1,3%). ВААРТ получают 360 детей (96,0%). Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows (версия 6.0) в соответствии с общепринятыми стандартами математической статистики.

Результаты и обсуждение. На первом году жизни ВААРТ была назначена 126 чел. (35,0%), в возрасте 1-3 лет - 199 чел. (55,3%), старше 3 лет - 35 чел. (9,7%). Из 360 детей с ВИЧ-инфекцией, находящихся на АРВТ, первую схему лечения получают 162 ребенка (45,0%), вторую - 123 (34,2%), третью - 45 (12,5%), четвертую - 23 (6,4%), пятую и шестую - по 3 (0,8%), седьмую - 1 (0,3%) пациент. У 156 (78,8%) причиной перехода на новую схему лечения были НЯ, в свою очередь, у 42 (21,2%) - вирусологическая неэффективность. При анализе частоты встречаемости побочных эффектов при приеме лекарств у 156 пациентов, перешедших на более «безопасную» схему ВААРТ, оказалось, что преобладающими причинами были следующие: полинейропатия (42,9%), дислипидемия (41,6%), анемия (27,0%), аллергическая реакция (11,7%), липодистрофия (10,4%), диарея (5,2%), гипербилирубинемия (5,0%), тошнота, рвота (4,2%).

Достижение приверженности к наблюдению и лечению ВИЧ-инфицированных детей - залог эффективной терапии, профилактика развития резистентности к вирусу, вторичных инфекций и осложнений. В отделении материнства и детства городского центра СПИД при постановке на учет, назначении ВААРТ и на фоне ее проведения родители, опекуны и сами пациенты консультируются не только медицинскими работниками, но и психологами отделения медицинской и социальной психологии. Благодаря слаженной работе команды специалистов в настоящее время ВААРТ с высокой приверженностью получают 353 ребенка (98,1%). К сожалению, длительный отказ родителей от проведения противовирусной терапии привел к развитию СПИДа и летального исхода ВИЧ-инфицированного ребенка в 2017 году.

В связи с новыми возможностями в лечении ВИЧ-инфекции у детей - применением новых групп антиретровирусных препаратов (ингибиторы интегразы), а также использования комбинированных препаратов (абакавир/ламивудин, зидовудин/ламивудин, тенофовир/эмтрицитабин/рипивириин) - создаются условия для минимизации НЯ и, следовательно, улучшения приверженности и эффективности ВААРТ. В настоящее время в отделении материнства и детства 100 детей (27,8%) получают комбинированные препараты, а именно: 53 ребенка - абакавир/ламивудин, 12 - зидовудин/ламивудин и 35 детей тенофовир/эмтрицитабин/рипивириин; у 77 детей третьим компонентом терапии является ралтегравир.

Выводы. Таким образом, основными проблемами, возникающими на фоне проведения ВААРТ у детей, яв-

ляются: нежелательные явления, вирусологическая неэффективность и низкая приверженность. Назначение новых схем лечения целесообразно проводить с учетом современных международных и национальных рекомендаций. Своевременное выявление нежелательных явлений и мутаций ВИЧ, выбранная оптимальная тактика в отношении ведения пациента способствуют улучшению переносимости лекарств, приверженности к наблюдению и лечению и достижения максимальной эффективности терапии.

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПО ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ, СИЛАМИ НКО ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ СО СПИД-ЦЕНТРОМ И ГУФСИН ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Чебин А.С.¹, Подымова А.С.², Сандырева Т.П.², Кадырова О.Ю.³, Станилевский В.В.⁴

¹Региональный общественный фонд помощи различным категориям населения Свердловской области "Новая Жизнь",

²Областной центр профилактики и борьбы со СПИД,

³Медицинское управление ФСИН России по Свердловской области,

⁴Фонд помощи в области СПИД (АНФ), г. Екатеринбург

Введение. По данным ГУФСИН по Свердловской области на начало 2017 года в местах лишения свободы в Свердловской области находилось 28 273 человека, находящихся в 6 СИЗО и 30 исправительных колониях и колониях-поселениях. По разным причинам не все эти лица были обследованы на ВИЧ-инфекцию лабораторным методом, либо обследование проводилось более одного года назад. Учитывая, что среди лиц, отбывающих наказание возможно рискованное поведение, сопряженное с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией, очевидна важность проведения постоянного обследования на ВИЧ-инфекцию.

Цель исследования. Целью исследования было обследование на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом 2000 лиц, отбывающих наказание в 16 исправительных учреждениях Свердловской области, и обследование на ИФА, ИБ и иммунный статус лабораторным методом получивших положительный результат, а также доказательство того, что экспресс-метод тестирования на ВИЧ-инфекцию является качественным скрининговым методом обследования.

Материалы и методы. На протяжении трех месяцев специалисты РОФ СО «Новая Жизнь» в рамках соглашения с ГУФСИН по Свердловской области при поддержке ГБУЗ ОЦ «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» и партнерстве с Фондом помощи в области СПИД (АНФ Россия) проводили мероприятия по экспресс-тестированию в исправительных учреждениях. У лиц с положительным результатом ЭТ сотрудники МСЧ ИУ производили забор венозной крови для обследования в лаборатории ОЦ СПИД.

Результаты. За 2,5 месяца было обследовано 1704 человека. Положительный результат получили 78 человека

(4,58% от общего числа обследованных). Следует отметить, что в ряде исправительных учреждений процент положительных результатов составил 9,9%, 7,1%, 6%. В ходе лабораторных исследований венозной крови ВСЕ результаты экспресс-тестирования были подтверждены. Также все лица, выявленные в ходе обследований, получили результат своего иммунного статуса, что напрямую связано с возможностью принятия решения о начале антиретровирусной терапии.

Заключение. Во-первых, можно сделать вывод, что тестирование на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом можно рассматривать как приемлемый скрининговый метод обследования в местах лишения свободы, что конечно же не исключает необходимость обследования лабораторным методом.

Во-вторых, подтвердилось предположение, что лица, отбывающие наказание, могут быть либо не обследованы, либо находиться в периоде серонегативного окна на момент обследования в ИУ, либо быть инфицированными в ходе отбывания наказания.

В-третьих, лица, не знавшие о том, что являются ВИЧ-инфицированными, получили не только возможность обследоваться и узнать свой статус, но и получить результат иммунного статуса, что важно для принятия решения о начале АРВТ.

Также следует отметить, что в ходе этого пилотного проекта обследованием на ВИЧ было охвачено всего лишь 6% от общего числа отбывающих наказание в ИУ Свердловской области, и дальнейшее продолжение работы этого проекта может принести существенные результаты, которые необходимо подвергнуть тщательному, в том числе эпидемиологическому анализу.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Пивовар О.И., Ивойлова О.В., Астудина О.И.

Кемеровский государственный медицинский университет,

Областная клиническая инфекционная больница, г. Кемерово

Острая ВИЧ-инфекция может протекать скрыто или с множественными неспецифическими симптомами, что затрудняет ее диагностику. В 50-70% случаев наступает период первичных клинических проявлений. Как правило, из-за сходства признаков острой фазы с симптомами гриппа и других заболеваний, распознать ВИЧ-инфекцию на данном этапе сложно.

Цель исследования: клинический анализ историй болезни больных с острой ВИЧ-инфекцией, протекающей под маской других нозологий и выявление причин диагностических ошибок.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 56 историй болезни пациентов с острой ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в областной клинической инфекционной больнице г. Кемерово в 2016 - 2017 гг. Средний возраст больных составил 30,0±5 лет (21 женщина - 37,5%). Диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден в ИФА, иммуноблотте и ПЦР.

Результаты и их обсуждение. Клинический анализ историй болезни показал, что у больных преобладали такие симптомы, как лихорадка – у 43 пациентов (76,8%),

диарея, персистирующая генерализованная лимфаденопатия – у 27 (48,2%), гепатомегалия – у 40 (71,4%), спленомегалия – у 19 (33,9%), астенический синдром – у 22 человек (39,3%). 44 пациента (78,6%) поступило с лихорадкой неясного генеза: из них фебрильная температура отмечалась у 11 человек (25,0%), субфебрильная – у 23 (52,3%) и гектическая – у 10 (22,7%). Чаше лихорадка продолжалась 2–5 дней – у 18 человек (40,9%), 6–10 дней – у 9 человек (20,5%), 10–14 дней – у 7 человек (15,9%) и более длительная лихорадка (2–3 недели) отмечалась у 10 человек (22,7%). Повышение температуры до 38,5–40°C с ознобами наблюдалось у 12 человек (27,3%), с миалгией – у 16 человек (36,4%), артралгией – у 11 (25,0%). У 17 больных (38,6%) на фоне лихорадки отмечались признаки гастроэнтероколита неустановленной этиологии длительностью от 2 до 5 дней.

Наиболее частым признаком острой ВИЧ-инфекции явилась длительная лимфаденопатия (более 2-х месяцев) шейных, подмышечных групп лимфоузлов, 1–3 см в диаметре, безболезненных, не спаянных между собой – у 28 пациентов (50%). Лимфаденопатия в большинстве случаев сопровождалась гепатомегалией – у 39 человек (69,6%) и спленомегалией – у 18 человек (32,1%). Кожная обильная, полиморфная сыпь по всему телу на фоне лихорадки в течение 3–7 дней была у 9 пациентов (16,1%). Кандидоз полости рта отмечался у 5 человек (8,9%). У 1 больного наблюдалась первичная острая демиелинизирующая полинейропатия, проявляющаяся выпадением рефлексов, симметричной восходящей мышечной слабостью и относительной сохранностью чувствительных нервных волокон. У 8 человек (14,3%) диагностирована бактериальная пневмония, у 9 (16,1%) – ОРВИ. У 3-х пациентов (5,4%) впервые выявлен диссеминированный туберкулез легких и плевры. Туберкулез в анамнезе – у 5 человек (8,9%), частые ОРВИ (5–8 раз в год) – у 18 человек (32,1%). У 17 пациентов (30,4%) ВИЧ-инфекция выявлена впервые в инфекционной больнице: 15 человек поступили с лихорадкой неясного генеза и 2 – с опоясывающим герпесом. Больные, наблюдаясь в поликлинике, часто отмечали спонтанную субфебрильную температуру, ОРВИ 5–6 раз в год, миалгию, артралгию, диспепсию. 39 пациентов (69,6%) поступили с острой ВИЧ-инфекцией, установленной в других соматических стационарах.

Выводы. Недостаточно тщательный и полный осмотр часто болеющих пациентов при обращении к врачу и отсутствие своевременного исследования крови на ВИЧ-инфекцию при наличии клинических показаний приводит к поздней диагностике и лечению, чаще всего на стадии вторичных заболеваний. Во всех случаях ВИЧ-инфекция была впервые диагностирована в стационарах, несмотря на неоднократное обращение к врачу в поликлинике, где обследование на ВИЧ-инфекцию не проводилось, что свидетельствует об отсутствии настороженности врачей амбулаторного звена в отношении данного заболевания.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПО ВИЧ СРЕДИ МСМ

Созаев В.В.

*Центр социально-информационных инициатив
Действие, Санкт-Петербург*

Настоящий текст посвящён обзору основных международных стандартов комплексных программ по вопросам ВИЧ в ключевой группе геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), которыми (стандартами) должны руководствоваться и российскими организациями (как государственные, так и не государственные), работающие с данной группой.

Итак, к основным международным стандартам относятся следующие документы: «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий», ЮНФПА, 2015; «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход», ВОЗ, 2014; «Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения, ВОЗ, 2011; «Рамочная программа укрепления систем сообществ», Глобальный фонд, 2014; Доклад Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству «Риски, права и здоровье», ПРООН, 2012; «Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: На пути к обеспечению всеобщего доступа», ЮНЭЙДС, 2007; «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека: Объединённый вариант 2006 г.», ЮНЭЙДС, 2006 и ряд других документов.

Руководящие принципы для реализации комплексных программ профилактики ВИЧ и ИППП среди МСМ: права человека; доступ к качественным медицинским услугам; доступ к системе правосудия; приемлемость услуг; грамотность в вопросах здоровья; предоставление интегрированных услуг, для реализации ориентированных на пациента мер по профилактике, уходу и лечению сопутствующих заболеваний; расширение прав и возможностей сообщества; вовлечение сообщества и лидерство в разработке, реализации, мониторинге и оценке программ профилактики.

Сферы и направления работы. Международные стандарты комплексных программ по вопросам ВИЧ в ключевой группе геев, бисексуалов и других МСМ, традиционно выделяют две основные сферы работы: 1. Предоставление услуг охраны здоровья; 2. Создание благоприятной среды для получения доступа к предоставляемым услугам охраны здоровья. Следуя логике международных стандартов эти две основные сферы можно разделить на пять направлений: 1. Комбинированная профилактика; 2. Оказание помощи и лечения МСМ, живущим с ВИЧ; 3. Усиление систем сообществ геев, бисексуалов и других МСМ, при особом внимании к вопросу поощрения развития лидерства среди МСМ, живущих с ВИЧ; 4. Преодоление правовых барьеров и расширение правовых возможностей; 5. Создание благоприятной среды для осуществления программ профилактики, поддержки и лечения ВИЧ.

Направление 1. Комбинированная профилактика

включает следующие меры: 1. поведенческие вмешательства; 2. комплексные программы распространения презервативов и лубрикантов; 3. консультирование и тестирование на ВИЧ; 4. доконтактная профилактика; 5. услуги по профилактике и лечению ИППП; 6. другие услуги по охране сексуального здоровья; 7. услуги по охране психического здоровья; 8. услуги в связи с употреблением ПАВ.

Направление 2. Оказание помощи и лечения можно разбить по следующим аспектам: 1. вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции; 2. антиретровирусное лечение и помощь; 3. профилактика и лечение коинфекций и других сопутствующих заболеваний, в том числе вирусного гепатита и туберкулеза; 4. меры, направленные на охрану психического здоровья.

Направление 3. Усиление систем сообществ (УСС) геев, бисексуалов и других МСМ, при особом внимании к вопросу поощрения развития лидерства среди геев, бисексуалов и других МСМ, в том числе живущих с ВИЧ. УСС определяется как «подход, способствующий укреплению информированных, дееспособных и действующих на скоординированной основе сообществ и организаций, групп и структур сообществ. Процесс УСС включает участие широкого круга субъектов сообществ, предоставляя им возможность внести в качестве равноправных партнеров, наряду с другими партнерами, свой вклад в обеспечение долгосрочной стабильности медицинских и других мероприятий, реализуемых на уровне сообществ, включая создание благоприятной и отзывчивой среды, в которой такой вклад является наиболее эффективным».

Направление 4. Преодоление правовых барьеров (ППБ) и расширение правовых возможностей. ППБ – это процесс, который, в первую очередь, осуществляется на структурном уровне формирования благоприятной правовой среды. Процесс расширения правовых возможностей работает на уровне людей и сообществ, которые осознали, что обладают правами, знают, как защитить свои права, знают, какие стратегические возможности для осуществления необходимых действий у них есть и обладают необходимыми практическими навыками для реализации этого. Преодоление правовых барьеров и расширение правовых возможностей невозможно без целенаправленного продвижения основ прав человека.

Направление 5. Создание благоприятной среды для осуществления программ профилактики, поддержки и лечения ВИЧ у геев, бисексуалов и других МСМ. Создание благоприятной среды может рассматриваться как один из элементов в комплексе мер по расширению прав и возможностей сообществ. Расширение возможностей сообществ – это «основополагающий принцип для всех программ и мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции. Расширение возможностей местных сообществ – это коллективный процесс, который позволяет ключевым группам населения прилагать конструктивные усилия для устранения структурных ограничений в отношении охраны здоровья, прав человека и благополучия, для проведения необходимых социальных, экономических и поведенческих изменений, а также для улучшения доступа к услугам здравоохранения». Для создания благоприятной среды недостаточно работы исключительно сектора здравоохранения, но

требуется сотрудничество секторов, работающих в различных областях, таких как здравоохранение, правосудие, социальное обеспечение, трудоустройство, а также взаимодействие государственных структур, организаций гражданского общества, в том числе организаций сообщества и частного сектора. Отсутствие эффективной работы в этой области приводит к тому, что структурные барьеры оказывают негативное влияние на качество и объем услуг по профилактике и лечению ВИЧ среди геев, бисексуалов и других МСМ. Важную роль в создании благоприятной среды играет мобилизация сообществ и укрепление социальных движений, а также меры по преодолению стигматизации и дискриминации.

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ ГЕЕВ И БИСЕКСУАЛОВ О ВИЧ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОН-ЛАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ (ДЕКАБРЬ 2016-ЯНВАРЬ 2017)

Синельников И.В., Созаев В.В.

*Центр социально-информационных инициатив
Действие, Санкт-Петербург*

Опрос «Что вы знаете о ВИЧ?» проходил с 13 декабря 2016 г. по 16 января 2017 г. В опросе приняло участие 1299 человек. Целевой группой опроса являлись геи, бисексуалы и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), проживающие в России. Опрос проводился он-лайн на платформе google forms и носил анонимный характер. Информация об опросе распространялась различными способами через интернет. Таким образом, выборка опроса носит случайный характер. Однако, важно учитывать, что результаты данного опроса не несут репрезентативный и исчерпывающий характер, но фиксируют представления и знания респондентов по теме опроса в конкретный период.

Демографические данные. Возрастное распределение респондентов оказалось относительно равномерным: 30,6% возрастная когорта от 31 до 40 лет; 23,8% – 18-25 лет; 20% – 26-30 лет; 17,9% – 41-50 лет. Менее представлены люди 51-60 лет – 5%; старше 61 года – 1,2%. Подавляющее большинство опрошенных респондентов проживают в столичных мегаполисах (Москва и Санкт-Петербург) – 61,4%. В городах с населением от 1 до 4 млн. человек проживает 13,5% респондентов. 11,2% респондентов проживает в городах с населением от 100 до 500 тыс. 7,2% опрошенных ответили, что проживают в населенных пунктах с населением меньше 100 тыс. человек. 6,8% опрошенных проживают в городах с населением от 500 тыс. до 1 млн. человек. Распределение респондентов по признаку сексуальной ориентации следующее: 75,9% респондентов выбрали вариант «гей», 18,9% выбрали вариант «бисексуал», 4% выбрали вариант «гетеросексуал, вступающий в сексуальные отношения с другими мужчинами», 1,2% выбрали вариант «Другое».

ВИЧ-статус. Анализ ответов относительно ВИЧ-статуса свидетельствует о наличии концентрированной эпидемии среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами: при ответе на различные вопросы положительный ВИЧ-статус колеблется от 10,5% до 18,7%, но не менее 15,5%.

Тест на ВИЧ. При анализе ответов о прохождении теста на ВИЧ, становится очевидно, что какая-то часть респондентов, которая выбрала ответ, что у них ВИЧ-

отрицательный статус могут не знать о своём положительном статусе ввиду того, что они, например, никогда не проходили тест на ВИЧ (6,4%), либо сдавали тест более года назад (18,9%), либо сдавали тест в течение последнего года (18%) и могли в тот момент находиться в «периоде окна», либо могли получить ВИЧ-инфекцию уже в течение последнего года, после того как они сдавали тест в последний раз. На вопрос «Как давно вы проходили тест на ВИЧ?» 38% респондентов ответили, что сдают тест на ВИЧ нерегулярно, либо не сдавали никогда: 10,9% - никогда, 13,8% - когда-то давно, 13,3% - сдают тест нерегулярно, время от времени. 19,2% проходят тест раз в год и 27,4% тестируются каждые полгода. 12,9% человек ответили, что уже живут с ВИЧ и значит им не нужно проходить тест. Таким образом, результаты ответа на данный вопрос демонстрируют необходимость популяризации в сообществе стратегии «Рассматривай каждого партнёра как потенциального носителя ВИЧ и предпринимай соответствующие меры предосторожности». В основном принявшие участие в опросе, для прохождения тестирования на ВИЧ, посещают государственные СПИД-центры (или иные государственные медицинские учреждения) (31%) и частные клиники (29,6%).

Использование презервативов и лубрикантов. Половина опрошенных (50,7%) не считают для себя возможным анальный секс без использования презерватива. 27,1% используют презервативы нерегулярно, но стремятся к этому. 17,1% пользуются презервативами от случая к случаю. 5,1% никогда не использует презервативы. Процент опрошенных, использующих лубриканты в обязательном порядке был существенно выше – 65,6%. Также меньшее число ответило, что используют лубриканты нерегулярно, но стремятся к этому – 17,3%. Используют лубриканты от случая к случаю 9,7% респондентов. 7,4% никогда не используют лубриканты при анальном контакте.

Употребление алкоголя и других ПАВ. Больше половины респондентов (59,1%) ответили, что у них был опыт сексуальных контактов в состоянии алкогольного опьянения. 29,6% респондентов использовали при сексуальных контактах попперсы. 11,6% употребляли инъекционные наркотики при сексуальных контактах, 1,5% использовали инъекционные наркотики при сексуальных контактах. 31,6% не имеют опыта употребления ПАВ при сексуальных контактах.

Доконтактная профилактика. На вопрос «Было бы Вам интересно получать доконтактную профилактику?» 30,4% респондентов ответили «Да», в том случае, если бы она предоставлялась государством бесплатно. 21,2% готовы ее принимать, если бы она недорого стоила. 15,6% признались, что недостаточно об этом знают. 7,9% не хотят принимать ДКП. 11,6% не задумывались. На вопрос, кто уже принимает ДКП за свой счет, ни один из респондентов не ответил утвердительно.

Стигма в отношении людей, живущих с ВИЧ среди МСМ. На вопрос «Есть ли у вас знакомые люди, живущие с ВИЧ?» 40,3% респондентов ответили, что они «просто знают такого человека», у 29,1% ответивших на опрос, есть друг, живущий с ВИЧ, 6,3% опрошенных ответили, что ВИЧ-позитивным является их партнёр, 4,2% от ответивших сообщают, что у них есть коллега с поло-

жительным ВИЧ-статусом, 1,5% респондентов сообщают, что люди, живущие с ВИЧ, являются членами их семей. 13,7% респондентов ответили, что они сами живут с ВИЧ. 33% респондентов не знают никого, кто бы жил с ВИЧ. 2,5% человек выбрали ответ «Другое». Таким образом, можно говорить о том, что более чем 50% респондентов, геев, бисексуалов и других МСМ, знают людей, живущих с ВИЧ в своём окружении. Тем не менее в данном сообществе уровень стигмы в отношении людей, с положительным ВИЧ-статусом находится на достаточно высоком уровне. С одной стороны, когда речь касается дружеских отношений 52,7% опрошенных сообщают, что положительный ВИЧ-статус друга, скорее всего, никак на дружбе не скажется. Однако, когда дело касается сексуальных и партнёрских отношений, то уровень стигмы стремительно возрастает: в случае сексуальных отношений практически 40% респондентов откажутся от них с человеком с заведомо известным ВИЧ-положительным статусом; в случае партнёрских отношений почти 33% опрошенных не стали бы строить отношения с ВИЧ-положительным человеком и ещё 30,3% затруднилась дать какой-либо ответ. При этом 43% геев, бисексуалов и других МСМ, с положительным ВИЧ-статусом, свидетельствуют о том, что они, после того как информация об их ВИЧ-статусе становилась известной, сталкивались с негативной реакцией со стороны других представителей сообщества. При этом геи, бисексуалы и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, обладают крайне высоким уровнем внутренней стигмы в связи со своим ВИЧ-статусом: многие из них не открывают свой ВИЧ-статус никому (15%-33%), большинство свидетельствует, что по их ощущениям им стало сложнее общаться с другими людьми, искать сексуальных партнёров, строить отношения (70%).

О РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТРАТЕГИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2017 ГОДА

Сенькина Е.В., Идрисова Г.Ф., Яппаров Р.Г., Зайцев С.В., Биглова И.Р.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Уфа

Цель: повышения доступности и качества профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в Республике Башкортостан (РБ).

Начиная с 1987 года по 30 июня 2017 года, выявлено 27243 ВИЧ-инфицированных, в том числе за 2017 год 1418 новых случаев ВИЧ-инфекции (за аналогичный период предыдущего года – 1549 случаев). По сравнению с аналогичным периодом 2016 года регистрируется снижение заболеваемости на 8,33 % (с 38,04 до 34,87 на 100 000 населения). По состоянию на 30.06.2017 в РБ с учетом умерших и миграции населения проживает 19494 инфицированных, показатель пораженности 479,3 на 100 000 населения (РФ – 594,3; ПФО – 598,8). В течение нескольких лет отмечается рост полового пути передачи ВИЧ-инфекции. В 2017 году половым путем инфицировались 71,09 % впервые выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией (за аналогичный период предыдущего года этот показатель составил – 66,06%). Среди случаев,

выявленных в 1 полугодии 2017 года с установленными факторами риска инфицирования, доля парентерального пути заражения составила 27,0%, вертикального 1,9%.

По итогам двух последних заседаний Межведомственной комиссии (1 декабря 2016 года и 17 мая 2017 года) были приняты решения о мерах, способствующих предотвращению распространения ВИЧ-инфекции в республике.

Также профилактические мероприятия проводятся в республике в рамках различных медицинских форумов, семинаров, конференций. Ежегодно акции по экспресс-тестированию с проведением консультаций специалистов по вопросам ВИЧ-инфекции проводятся в рамках медицинского форума «Неделя здравоохранения в Республике Башкортостан», в 2017 году в рамках форума прошли тестирование 321 человек. Широкомасштабная информационная кампания по профилактике ВИЧ-инфекции организуется также в рамках Всероссийских акций «Стоп ВИЧ/СПИД».

Анализ реализации еще одной из первоочередных задач Стратегии по увеличению охвата диспансерным наблюдением, антиретровирусной терапией и дальнейшему снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, показал, что в республике организация работы с пациентами с диагнозом ВИЧ-инфекция, удовлетворяет поставленным целевым индикаторам, за исключением показателя охвата антиретровирусной терапией.

Таким образом, в РБ реализация государственной Стратегии осуществляется на должном уровне. Однако, существует ряд проблем и задач, требующих неотложного решения.

Требуют внимания проблемы, касающиеся снижения смертности от СПИДа, обеспечения пациентов антиретровирусными препаратами. Существуют сложности в организации работы по информированию граждан по вопросам ВИЧ-инфекции в трудовых коллективах республики, ввиду низкой заинтересованности работодателей и наличия ограниченного доступа в ряд организаций и учреждений республики.

Решение сложившейся ситуации заключается в планомерной работе с руководителями, принятии соглашений, проведении информационной работы с представителями первичных профсоюзных организаций, работе со специалистами по охране труда.

Сегодня, направление предупреждения распространения ВИЧ-инфекции динамично развивается. Перед нами стоят очень серьезные задачи в плане повышения доступности и качества профилактики, диагностики и лечения этого заболевания. Однако достижение эффективности нашей деятельности представляет собой сложную задачу сочетания медицинской, социальной и экономической результативности.

ТЕНДЕНЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОБСЛЕДОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Ахтямов М.Н., Биглова И.Р., Идрисова Г.Ф., Яппаров Р.Г.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Уфа

Цель: выявление общих тенденций, связанных с обследованием на ВИЧ-инфекцию населения в Республике Башкортостан (РБ).

Одним из основных направлений Государственной стратегии по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции является тестирование (обследование, скрининг) на ВИЧ, прежде всего среди лиц из групп с высоким риском заражения.

В республике в 2016 году количество лиц, обследованных на ВИЧ-инфекцию, снизилось. В 2013 году было протестировано на маркеры ВИЧ 810 448 чел. (20% населения), в 2014 году – 801 794 чел. (19,7% населения), в 2015 году 652 276 чел. (16,0% населения), в 2016 году – 683 722 чел. (16,8% населения), за 6 месяцев 2017 г. – 387 070 чел. (9,5% населения).

С 2013 года не проводятся в полном объеме корректировка финансовых средств с учетом вновь выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией и мониторинга их лечения. Финансовые средства, выделяемые на диагностику, расходуются на: первичный скрининг населения, мониторинг состояния пациентов с ВИЧ, мониторинг лечения ВИЧ-инфекции.

Учитывая, что показатели мониторинга лечения являются основополагающими при выполнении порядка и стандартов, при увеличении количества пациентов с ВИЧ снижается сумма финансовых средств на скрининг населения.

На закупку диагностических тест-систем ежегодно выделяются финансовые средства в виде субсидии из федерального бюджета в размере порядка 40 млн. рублей (на слайде: 2013 г. – 37 820,9 тыс. рублей, 2014 г. – 31 620,9 тыс. рублей, 2015 г. – 44 737,4 тыс. рублей, 2016 г. – 38 930,3 тыс. рублей, 2017 г. – 43 255,9 тыс. рублей) и софинансирования из республиканского бюджета в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Башкортостан» около 20 млн. рублей (на слайде: 2013 г. – 20 000,0 тыс. рублей, 2014 г. – 19 999,5 тыс. рублей, 2015 г. – 22 162,6 тыс. рублей, 2016 г. – 19 999,9 тыс. рублей, 2017 г. – 17 000,0 тыс. рублей).

Прогнозное значение числа обследованных на ВИЧ-инфекцию в 2017 году больше уровня 2016 года (750 тыс. человек), но меньше требуемых показателей Стратегии (21%, 850 000 чел.).

Несмотря на снижение показателя обследования населения, в текущем году увеличилось количество протестированных из числа лиц, относящихся к группам повышенного риска инфицирования ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков, лица, занимающиеся проституцией, лица, вступающие в нетрадиционные сексуальные отношения) и особо уязвимым группам (осужденные и лица, содержащиеся под стражей), на 16% (10 440 чел.) (2016 г. – 28 884 чел. или 8,8% от общего количества обследованных; 2017 г. – 39 324 чел. или 10,2%).

В 1 полугодии 2017 года увеличилась доля обследованных в группах лиц, находящихся в местах лишения свободы, в 2,4 раза, больных, имеющих клинические показания к обследованию, на 18,7%, больных с заболеваниями, передающимися половым путем, на 6,7%, «прочих» граждан на 2,1%. При этом снизилась доля обследованных лиц среди беременных женщин на 21,9%, доноров на 19,3%, медицинского персонала на 16,9%, лиц, обследованных при эпидемиологическом расследовании, на 1,7%.

Таким образом, в Республике Башкортостан реализация государственной Стратегии осуществляется на должном уровне.

Требуют внимания, в первую очередь, организация обследования населения из групп повышенного риска заражения ВИЧ. Учитывая сложности доступа в эти категории населения, необходимым является активное использование ресурса социально ориентированных некоммерческих организаций.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 6 МЕСЯЦЕВ 2017 Г

Биглова И.Р., Мухамадеева Р.М., Яппаров Р.Г., Зайцев С.В.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Уфа

Цель: эпидемиология ВИЧ-инфекции среди беременных и детей в Республике Башкортостан (РБ) и оценить возможности снижения инфицирования детей ВИЧ.

Всего за 6 месяцев 2017 года зарегистрировано 256 беременных с положительным ВИЧ-статусом, завершили беременность родами 183. Родилось детей, от ВИЧ-инфицированных матерей 183, мальчиков – 98, девочек – 85.

Не получили лечение во время беременности 7 женщин (4,3%), в том числе у 6 женщин ВИЧ-инфекция выявлена в родах, при проведении экспресс теста на ВИЧ, 1 женщина с ранее установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» и проинформированная о своем заболевании, но не являющаяся на диспансерный осмотр и не проживающие по месту регистрации, она отказ от химиопрофилактики в период беременности. Интранатальная химиопрофилактика проведена 183 беременным (100 %), в том числе 6 женщинам, впервые выявленным во время родов и охваченным лечением в родах. Постнатальную химиопрофилактику получили 183 (100 %) новорожденных. Охвачены трехэтапной химиопрофилактикой (во время беременности, родов и ребенку) 175 пары мать-дитя (95,6 %).

По случаям проведения неполной химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ, диагностики ВИЧ-инфекции у детей в медицинских организациях республики проводятся служебные расследования с анализом дефектов оказания медицинской помощи. Копии протоколов разбора с информацией о принятых мерах представляются в ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ.

ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ в соответствии с утвержденным приказом Минздрава РБ графиком, по итогам 6 месяцев организовал проведение еженедельных заслушиваний медицинских организаций с разбором случаев с недостатками в диспансерном наблюдении и лечении ВИЧ-инфицированных пациентов, инфицирования детей ВИЧ и поздней диагностики ВИЧ у детей.

В случаях отказа ВИЧ-инфицированной беременной женщины, матери новорожденного от проведения антиретровирусной терапии ребенку, ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ и медицинские организации, в соответствии с ч. 5 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», представляют документы в органы опеки и попечительства для решения вопроса о жизнеустройстве ребенка и обращении в суд для защиты его интересов.

Так, 07 февраля 2017 года в Орджоникидзевском районном суде г. Уфы состоялось заседание по делу о защи-

те прав несовершеннолетнего ребенка с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции для назначения антиретровирусной терапии новорожденному. Решением суда родителей обязали проводить АРВТ ребёнку.

Вопросы вертикальной профилактики ВИЧ-инфекции регулярно заслушиваются на заседаниях межведомственной комиссии при Правительстве Республики Башкортостан по проблемам предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в Республики Башкортостан, Комитета по профилактике ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

Таким образом, вопросы эпидемиологии ВИЧ-инфекции среди беременных и детей в РБ необходимы для оценки эффективности снижения инфицирования детей ВИЧ.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку существенное влияние оказывает преемственность в работе между ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ и медицинскими организациями по своевременному выявлению ВИЧ-инфекции.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВНОВЬ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Радзиховская М.В.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Челябинск

В соответствии с современными подходами к организации мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции, ключевое значение приобретает как можно раннее вовлечение вновь выявленных ВИЧ-инфицированных лиц в систему медицинского наблюдения и лечения. Однако, несмотря на совершенствование мероприятий по повышению доступности медицинской помощи данной категории пациентов, в Челябинской области имеется 5313 ВИЧ-инфицированных лиц, не прошедших полного алгоритма установления диагноза, т.е. не вовлеченные в систему диспансерного наблюдения. Установления причин данного факта является значимым для повышения эффективности всей системы диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

С целью изучения социальных предикторов, особенности поведения лиц с вновь установленным диагнозом ВИЧ-инфекции нами проведен анализ результатов анонимного анкетирования 142 респондента, относящихся к данной категории пациентов, из которых женщины составили 74,6% (n=106), со средним возрастом 35,1±12,3. Доля мужчин была 25,3% (n= 36), средний возраст - 35,6 ±17,4 лет.

Данные опроса показали, что 25,0% мужчин с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции не имеют постоянного полового партнера и в 50,0% случаев не осведомлены о его ВИЧ-статусе. Женщины с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в 40,6% случаев не имеют постоянного полового партнера и в 54,7% не осведомлены о его ВИЧ-статусе.

При проведении изучения уровня информированности о путях передачи установлено, что субъективная

оценка своих знаний по данному вопросу, как среди мужчин, так и среди женщин была достаточно высокой - 88,8 % и 82,1% соответственно. Однако фактически правильные ответы на вопросы о путях передачи ВИЧ-инфекции составили 66,6% среди ВИЧ-инфицированных мужчин и 42,5% среди ВИЧ-инфицированных женщин. В целом доля правильных ответов была 42,9%

Ведущим источником информации по вопросам ВИЧ-инфекции, как среди мужчин, так и среди женщин является непосредственная беседа (консультирование) медицинскими работниками при проведении тестирования на ВИЧ-инфекцию и установлении диагноза. Доля данного вида информирования в целом составила 49,2%. Наименьшая доля информирования по вопросам ВИЧ-инфекции принадлежит рекламе на улицах (14,1%), и интернет ресурсам (18,3%). Полученные данные могут объясняться отсутствием интереса у населения к данной теме и недостаточно информативным содержанием рекламных материалов.

Основная доля пациентов с вновь выявленным заболеванием ВИЧ-инфекции проходят обследование при назначении врача при выявлении клиники вторичных заболеваний (57,0%). Доля таких пациентов среди женщин составила 57,5%, среди мужчин - 55,5%. Самостоятельное решение пройти тест на ВИЧ-инфекцию приняли 26,4% женщин и 13,8% мужчин, в среднем - 22,3%, что может быть связано с наличием эпидемиологических рисков поведения.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточной уровне информирования о ВИЧ-инфекции среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов, их рискованном сексуальном поведении. В большинстве случаев информирование о ВИЧ-инфекции происходит при беседе с медицинским работником, при этом уровень послетестового консультирования недостаточен. Данная ситуация связана с одной стороны с отсутствием навыков у медицинских работников по консультированию, а с другой стороны - с недостатком времени и отсутствием отдельно оплачиваемой медицинской услуги - освидетельствование на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кузьмина Н.В.¹, Шейшеева Ж.Д.²

¹ Сургутский государственный университет,

² Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер, г. Сургут

Целью исследования явилось изучение клинической структуры больных специализированного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Анализ проводился по данным историй болезни пациентов, получавших лечение и выписанных из профильного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера в 2016 году. Всего за 2016 год получил лечение и был выписан 231 больной

с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ. Среди них мужчин было 190 человек (82,3%), женщин – 41 (17,7%). По возрасту распределение было следующим: 65% (152 человека) составили лица от 30 до 40 лет, 19,5% (45 человек) - от 40 до 50 лет, 11,3% (26 человек) - до 30 лет, 8 человек, 3,7% - старше 50 лет.

Результаты и обсуждение. Среди клинических форм туберкулеза у больных с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ чаще всего встречался диссеминированный туберкулез легких – 117 больных, 50,6%. Инфильтративный туберкулез диагностирован у 53 человек, 22,9%. На долю очагового туберкулеза пришлось 3,5% (8 больных). С фиброзно-кавернозным туберкулезом пролечено 3 пациента – 1,3%. С плевритами было госпитализировано 3 человека, 1,3%, в том числе один - с эмпиемой плевры. Одному пациенту был выставлен диагноз туберкулез внутригрудных лимфоузлов – 0,4%. Туберкулез внелегочной локализации имели 3 больных, 1,3% (по одному больному – туберкулезный спондилит, туберкулез кишечника, туберкулез периферических лимфоузлов). Генерализованный туберкулез (больные имели поражение органов двух и более систем) был диагностирован у 41 больного, 17,7%. Двум больным (0,9%) был выставлен диагноз пневмония, у одного из них – на фоне диссеминированного туберкулеза.

У всех больных генерализованным туберкулезом был выявлен туберкулез органов дыхания: диссеминированный туберкулез - у 36 пациентов из 41 (87,8%), инфильтративный – у 3-х (7,3%), казеозная пневмония – у 1 (2,4%), плеврит – у 1 больного (2,4%). Кроме поражения легких, чаще всего выявлялся туберкулез органов желудочно-кишечного тракта – у 17 больных из 41 (41,5%), туберкулезный менингит – у 8 больных (19,5%), туберкулез костей и суставов – у 7 больных (17,1%). Туберкулез периферических лимфатических узлов был выявлен у 6 больных (14,6%), туберкулез мочеполовой системы и туберкулезный перикардит имели по 5 больных (по 12,2%), туберкулез селезенки - 1 больной (2,4%).

Плеврит осложнил течение легочного туберкулеза у 39 (16,9%) человек, в том числе у одного развилась эмпиема (0,4%), туберкулез бронхов – у 7 человек 3,0%. У двух больных (0,9%) туберкулез осложнился пневмотораксом.

Полости распада были выявлены у 101 человека, 43,7%, бактериовыделение – у 134 человек, 58,0%. Лекарственная устойчивость была обнаружена у 49 пациентов (21,2%), при этом МЛУ выявлена у 22 из них (9,5%), а ШЛУ выявлена у 3 больных (1,3%).

Выводы. Среди пациентов специализированного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией диссеминированный туберкулез легких встречался в 50,6%, инфильтративный туберкулез - в 22,9%, а генерализованный туберкулез - в 17,7% случаев. Среди больных генерализованным туберкулезом чаще всего из нелегочных поражений был выявлен туберкулез органов желудочно-кишечного тракта – у 41,5% больных. Полости распада были выявлены у 43,7% больных, бактериовыделение – у 58,0%.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кузьмина Н.В.¹, Шейшеева Ж.Д.²

¹ Сургутский государственный университет,

² Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер, г. Сургут

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости различных сопутствующих заболеваний у пациентов специализированного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Анализ проводился по данным историй болезни пациентов, получавших лечение и выписанных из профильного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера в 2016 году. Всего за 2016 год получил лечение и был выписан 231 больной с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ. Обследование больным проводилось в соответствии с Приказом Минздрава России №951 от 29 декабря 2014 года «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания». Всем больным проводилась консультация инфекциониста, терапевта, окулиста, гинеколога (у женщин), других узких специалистов по показаниям: психиатра, нарколога, невролога, хирурга, дерматолога, оториноларинголога, стоматолога. Для подтверждения сопутствующих заболеваний проводилось дообследование по назначениям специалистов. Все выявленные сопутствующие заболевания у больных с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ были сгруппированы по классам в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Результаты и обсуждение. Выявлено 264 случаев заболевания (114,3%) из класса I: «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», при этом чаще всего встречались вирусные гепатиты С – у 186 больных (80,5%), микозы – у 37 (16,0%), гельминтозы – у 16 (6,9%). Заболевания класса II: «Новообразования» выявлены у 17 больных, 7,4%, злокачественных процессов не выявлено. Заболевания класса III: «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» зарегистрированы у 129 человек (55,8%), из них половину случаев составили анемии (67 человек из 129, 51,9%) и почти у трети (38 человек из 129, 29,5%) отмечены геморрагические состояния. Класс IV: «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» – выявлены у 7 пациентов, 3,0%. Болезни класса V: «Психические расстройства и расстройства поведения» выявлены у 188 человек (81,2%), большей частью которых были «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» – 159 человек из 188, 84,6%. Класс VI: «Болезни нервной системы» – диагностированы у 146 больных, 63,2%. Класс VII: «Болезни глаза и его придаточного аппарата» – найдены у 103 больных, 44,6%. Класс VIII: «Болезни уха и сосцевидного отростка» – отмечены у 14 больных,

6,1%. Класс IX: «Болезни системы кровообращения» – выявлены у 59 человек (25,5%). Класс X: «Болезни органов дыхания» (кроме туберкулеза) – найдены у 58 пациентов (25,1%). Класс XI: «Болезни органов пищеварения» – диагностированы у 79 пациентов (34,2%). Класс XII: «Болезни кожи и подкожной клетчатки», по поводу которых проведена консультация дерматолога, составили 6,5%, 15 больных. Класс XIII: «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» выявлены у 58 человек (25,1%). Класс XIV: «Болезни мочеполовой системы» выявлены у 72 пациентов (31,2%).

Выводы. Из сопутствующих заболеваний у больных специализированного отделения для лечения сочетанной патологии туберкулез/ВИЧ чаще всего встречались по классификации МКБ-10 заболевания из класса: «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» – 114,3%, класса: «Психические расстройства и расстройства поведения» – 81,4%, класса: «Болезни нервной системы» – 63,2%.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ И ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Орлова Е.С., Буланьков Ю.И., Харин И.В., Улюкин И.М.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность проведенного нами исследования продиктована ростом числа больных ВИЧ-инфекцией, как среди населения в целом, так и среди пациентов стационаров. Медицинским работникам все чаще приходится оказывать помощь таким пациентам на фоне развития у них острых нарушений витальных и ментальных функций, которые требуют проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий. Однако наличие у этих больных иммунодефицитного состояния любой этиологии может служить причиной развития послеоперационных осложнений, особенно в случаях тяжелых травм и повреждений.

Цель исследования: изучить клинко-эпидемиологические особенности пациентов в хирургическом отделении многопрофильного стационара в ходе лечения у них тяжелых травм и поражений на фоне сопутствующей ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированной патологии легких.

Материалы и методы. Объектом исследования явились данные анализа 129 историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией, госпитализированных в специализированный хирургический стационар в период 2011–2015 гг. Пациенты были обследованы клиническим, лабораторным, инструментальным методами, другими методами по показаниям, использован метод ретроспективного эпидемиологического анализа.

Результаты и обсуждения. Выявляемость ВИЧ-инфекции среди пациентов специализированного хирургического отделения за период 2011–2015 гг. варьировала от 9,39% до 14,73%, что в 4,3–6,7 раза превышает средние многолетние показатели выявляемости таковой в других отделениях многопрофильного стационара. Все пациенты поступали в это отделение по ургентным по-

казаниям, в том числе 86,3% после неотложного оперативного вмешательства направлялись в блок реанимации и интенсивной терапии. В 65% случаев показаниями для госпитализации явились автотравмы, колото-резаные и огнестрельные ранения, отравления. У 35,2% больных в анамнезе отмечено употребление инъекционных наркотиков, ко-инфицирование гемоконтактными вирусными гепатитами имело место в 69,6% случаев. У 28,1% этих пациентов факт ВИЧ-инфицирования впервые был установлен в стационаре. В остальных случаях больные уже имели установленный диагноз ВИЧ-инфекции, длительность которой варьировала от нескольких месяцев (13%) до 10-14 лет (12%), но сведения о своем заболевании и о возможном нахождении на антиретровирусной терапии (АРТ) пациенты от лечащих врачей изначально скрывали. При поступлении у 16 пациентов (12,4%) выявлено поражение легких в виде пневмоний, которые в 7 случаях (43,7 %) были вызваны цитомегаловирусом или *Pneumocystis jiroveci* (ВИЧ-ассоциированные); в остальных случаях (56,3%) диагностировано развитие поражений легких другой бактериальной этиологии. Поражение легких имело распространенность от полисегментарных до субтотальных вариантов; в половине случаев течение бактериальных пневмоний было осложнено плевритом. Среди данной когорты 5 пациентов (31,3%) впоследствии умерли от тяжелого сепсиса (в этой группе больных ВИЧ-инфекция у всех была выявлена впервые при поступлении в стационар и АРТ, соответственно, до травмы и в период стационарного лечения не проводилась).

Средняя длительность нахождения на стационарном лечении для изученной когорты составила 11,7±5,7 дней, при этом никто из пациентов в стационаре АРТ не получал.

Выводы.

ВИЧ-инфекция является актуальной проблемой для хирургических стационаров, оказывающих неотложную помощь при политравме.

ВИЧ-ассоциированная патология легких часто является сопутствующей патологией при политравме у ВИЧ-инфицированных и способна негативно повлиять на исход лечения.

Длительное нахождение в ОРИТ без АРТ может являться дополнительным фактором формирования резистентности ВИЧ и последующей неэффективности антиретровирусной терапии.

У ВИЧ-инфицированных в ОРИТ целесообразно проводить обследование для установления стадии ВИЧ-инфекции для проведения (продолжения) АРТ, прогнозирования и профилактики развития сепсиса и развития резистентности к антиретровирусным препаратам.

ДИНАМИКА РИСКОВ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Буланьков Ю.И., Орлова Е.С., Рябков Д.В., Улюкин И.М.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Наблюдаемая последние 5-7 лет в РФ позитивная тенденция уменьшения абсолютного числа и доли новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин молодого возраста (15-19 и 20-25 лет) требует внимательного изучения с

целью определения поведенческих предпосылок и тиражирования позитивного опыта профилактической работы. Ее важным аспектом считается формирование безопасной модели сексуального поведения у лиц молодого возраста.

Целью нашего исследования являлась оценка динамики рисков сексуального поведения лиц (мужчин) призывного возраста в свете заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП.

Материалы и методы. Анонимный опрос призывных контингентов мужчин в 2004 г. и 2016 г. по нами разработанной анкете, включающей оценку непосредственного сексуального, а также социального поведения, способствующего инфицированию, а также знаний в области профилактики актуальных ИППП.

В исследовании приняли участие 109 призывников в 2004 г. и 53 в 2016 г. возрасте от 18 до 25 лет (Медиана: 19,8). Группы мужчин были рандомизированы по возрасту и уровню образования. Для оценки достоверности различий ответов в группах респондентов использовали непараметрический критерий (χ^2).

Социометрические показатели 2016 г.:

78% опрошенных респондентов имеют опыт сексуальной жизни, 70 % ведут активную половую жизнь на момент проводимого анкетирования. Достоверных различий с показателями 2004 г. не выявлено.

Количество лиц злоупотребляющих алкоголем (чаще 1 раза в неделю) статистически значимо снизилось с 22% до 4% ($\chi^2_{(8,65)} > \chi^2_{0,01 (6,63)}$; $p > 0,01$); увеличилась доля лиц, проходивших на момент опроса исследование на ВИЧ – инфекцию с 23% до 43% ($\chi^2_{(7,43)} > \chi^2_{0,01 (6,63)}$; $p > 0,01$). Достоверно увеличилось среди молодых людей, ведущих активную половую жизнь, число лиц, имеющих только постоянных половых партнеров с 49% до 86% ($\chi^2_{(12,0)} > \chi^2_{0,01 (6,63)}$; $p > 0,01$).

По другим исследованным показателям достоверных различий не выявлено ($P > 0,05$):

всегда использовали презерватив при половых контактах – 48,1% и 48,5% (2004 и 2016 г. соответственно); использовали только со «случайными» партнерами – использовали только с постоянными партнерами – 15,4% и 19,8%;

количество сексуальных партнеров за последние 6 месяцев – 1,8

наличие сексуальных контактов в состоянии алкогольного опьянения за последние 6 месяцев – 24,4% и 29,3%

Не сократилась доля призывников, не владеющих информацией относительно риска инфицирования ВИЧ при оральном сексе и сопутствующих ИППП (59% и 63 % правильно ответивших респондентов в 2004 и 2016 г., соответственно).

Таким образом, можно отметить достоверное повышение уровня внимания к проблеме ВИЧ-инфекции (доля обследованных увеличилась в 2 раза) при сохранении уровня рисков сексуального поведения и информированности о них.

Сопоставление полученных данных с динамикой заболеваемости вирусным гепатитом В и ВИЧ-инфекцией в указанной возрастной группе (значительное снижение) свидетельствует о том, что основными позитивными факторами противодействия этим инфекциям являются не принципиальное изменение сексуального поведения молодежи, а вакцинация (ВГВ) и изменение молодеж-

ных практик наркопотребления (гемоконтактные вирусные инфекции) на более безопасные непарентеральные (ингаляционные, пероральные).

Нужно признать, что профилактическая работа с призывным контингентом за последние 10–12 лет не содействовала коренному снижению рисков сексуального поведения молодежи. Методика этой работы должна изучаться и постоянно модифицироваться по результатам подобных исследований в разных целевых группах. При этом ключевым направлением гигиенического воспитания и обучение молодежи по-прежнему остается обязательная профилактика наркопотребления и алкоголизации в качестве предикторов непосредственной гемотрансмиссии вирусов (парентеральное употребление ПАВ) и «рискованного» сексуального поведения (все ПАВ включая алкоголь).

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ – ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ПРОВЕДЕНИЮ АРТ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ

Буланьков Ю.И.

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург*

В рамках «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» (п.2. распоряжения правительства РФ от 20.10.2016 г. № 2203-р) Министерство Обороны РФ включено в состав соисполнителей плана мероприятий по ее реализации. Одним из направлений деятельности предполагается участие МО РФ в формировании Федерального регистра лиц, инфицированных ВИЧ, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом. (ПП РФ от 8.04.2017 г. №426).

В развитии ситуации, МЗ РФ принято решение о том, что регистрация случаев ВИЧ-инфекции будет производиться только при постановке окончательного диагноза, т.е. по результатам лабораторного, клинического и эпидемиологического обследования пациента (возможно только при очном контакте ВИЧ-инфицированного с врачом-специалистом специализированной (доверенной) медицинской организации). Кроме того, назначение антиретровирусных препаратов, их закупки, формирование региональных заявок на их приобретение будут уже в ближайшее время обосновываться наличием регистрации больного в Федеральном регистре.

Ситуация развивается на фоне изменения стратегии назначения АРТ («лечение как профилактика»), предусматривающей раннее назначение противовирусных препаратов всем мотивированным больным ВИЧ-инфекцией, независимо от стадии заболевания.

На фоне быстро изменяющейся ситуации возникает необходимость коррекции методологии оказания помощи ВИЧ-инфицированным гражданам (в т.ч. военнослужащим), медицинское освидетельствование которых осуществляется в соответствии с ПП РФ от 04.07.2013 г. № 565 «Положение о военно-врачебной экспертизе» и ведомственных приказов на его основе (МО РФ, ФСБ, МВД и др.). Статья 5 этого положения не предусматривает возможность и не содержит методику освидетельствования больного ВИЧ-инфекцией, находящегося на АРТ.

Более того, предшествующая установка на начало АРТ только на фоне субкомпенсированного иммунодефицита («болезнь», вызванная ВИЧ) предусматривала увольнение военнослужащих сразу при показаниях к проведению АРТ. В связи с этим не создано системы медицинского снабжения силовых ведомств антиретровирусными препаратами и методологии взаимодействия медицинской службы силовых ведомств с гражданскими учреждениями здравоохранения по организации и проведению АРТ военнослужащим.

В этой ситуации возможно принятие решения организации АРТ, как ведомственной, так и централизованной на базе учреждений МЗ РФ (последняя проще). В этой связи регистрация служащих силовых ведомств в Федеральном регистре является обязательной.

Проблемным вопросом остается ограничение служебных возможностей для ВИЧ-инфицированных военнослужащих силовых ведомств, которые имеют возможность постановки на диспансерный учет в учреждениях МЗ РФ при предъявлении общегражданского паспорта РФ и местной регистрации. При этом принадлежность к силовым структурам больным скрывается. В этой связи, с целью профилактики позднего выявления ВИЧ-инфекции у военнослужащих необходимо предусмотреть возможность силового ведомства периодически проводить сверку персональных данных регистра и ведомства.

Следует понимать, что такой алгоритм выявления больных среди военнослужащих может содействовать полному отказу части больных от раннего получения АРТ (это противоречит медицинским интересам больного (сокрытие и позднее обращение) и общества (сохранение активности передачи ВИЧ) и должен сопровождаться, как либерализацией методики военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) для данного контингента, так и усиленной работой по снижению уровня стигматизации ВИЧ-инфицированных в обществе.

Возможность либерализации ВВЭ уже подкрепляется накопившимся отечественным опытом увольнения военнослужащих с поздними стадиями заболевания, которые длительный срок получали АРТ и выполняли служебные обязанности в полном объеме. Об этом же свидетельствует 30-летний опыт АРТ военнослужащих многих экономически развитых стран.

ЭКСПРЕСС-ТЕСТЫ КАК МЕТОД УСКОРЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Буланьков Ю.И., Лебедева Н.Г.

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург*

Существующий в Российской Федерации 3-этапный алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции (СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции») действует уже более 20 лет. До настоящего времени их использование было обосновано несколькими положениями:

- низкая распространенность ВИЧ-инфекции (пораженность);
- ранний этап эпидемии с незначительным количеством больных в стадиях СПИД;
- высокий уровень психологической напряженности

пациентов при ограниченных возможностях терапии (высокий риск девиантного, в т.ч. суицидального, поведения);

- недостаточный уровень чувствительности и специфичности тест-систем первых поколений;
- недоверие к уровню чувствительности и специфичности иммунохроматографических тестов вообще, в т.ч. при диагностике инфекционных заболеваний;
- абсолютный примат лабораторного результата в процессе официальной регистрации случая заболевания и начала противовирусной терапии.

При уровне распространенности заболевания выше 5% в развивающихся странах Африки и Азии использование экспресс-тестов для окончательной рутинной диагностики легитимно с конца 90-х годов прошлого века (рекомендации ВОЗ), особенно при наличии явных эпидемиологических и клинических предпосылок (симптомах). Несмотря на то, что уровень пораженности населения РФ ВИЧ-инфекцией вырос за время существования действующего диагностического алгоритма в десятки раз, статус экспресс-тестов до сих пор остается крайне низким. Их использование регламентировано только при проведении профилактических мероприятий.

Цель работы: обратить внимание специалистов на возможность и целесообразность расширения диагностического алгоритма ВИЧ-инфекции за счет расширения возможностей клинического использования экспресс-тестов.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты изучения 376 историй болезни пациентов токсикологической реанимации Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период 2016 гг., поступивших в рамках оказания неотложной помощи с клиническими признаками передозировки ПАВ. Все пациенты обследованы с положительным результатом на антитела антигена ВИЧ 1/2 при помощи иммунохроматографических тестов отечественного (Фактор-Мед) и импортного («Alere Determine™ HIV-1/2 Ab»), а также аккредитованных в России иммуноферментных тест-систем, производства «Вектор» (г. Новосибирск), «Диагностические системы» (г. Н.Новгород), ЗАО ЭКОлаб (г. Электрогорск), GENSCREEN™ ULTRA HIV Ag – Ab, (BIO-RAD Laboratories, США). Лабораторные исследования выполнялись в экспертной лаборатории академии.

По результатам эпидемиологического расследования установлено, что 57% (214 человек) уже состояли на учете в территориальных центрах СПИД Санкт-Петербурга и Ленинградской области и имели подтвержденный рутинным алгоритмом (включая иммунный блоттинг) лабораторный диагноз.

Средний срок госпитализации данной категории пациентов составил $2,6 \pm 1,3$ дня, а 53% пациентов находились в клинике менее 2 суток и были выписаны в связи с отказом от госпитализации при нормализации показателей основных жизненно важных функций.

В обычных условиях рутинный алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции, даже в учреждении с наличием экспертной лаборатории, реализовать в период госпитализации пациента не удастся у большинства больных данной группы. Более 39% первично выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов данной группы выписались без получения информации о своем ВИЧ-статусе.

Результаты сравнения диагностической ценности различных использованных нами тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции и экспресс-тестов представлены в таблице 1.

Сравнения диагностической точности чувствительности и прогностичности иммунохроматографических тестов и «рутинных» ИФА тест-систем достоверных различий не выявило, что свидетельствует в пользу расширения возможностей клинического использования экспресс-тестов. Более того тест ИХА Determine Alere HIV 1,2 (Япония) показал наиболее высокие диагностические характеристики, что позволило нам использовать его на референтном этапе диагностики в urgentных ситуациях. За весь период его использования расхождений результатов теста с окончательным диагнозом не зарегистрировано. В настоящее время в стране широко используется уже следующее поколение ИХА экспресс-тестов («Alere Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab» и др.), что может еще выше повысить эффективность их использования.

Включение иммунохроматографических экспресс-тестов в алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции (в т.ч. и на референтном этапе), особенно в urgentных ситуациях позволит сократить длительность диагностического периода ВИЧ-инфекции и повысить эффективность диагностики и профилактики этого опасного заболевания.

Таблица 1

Результаты сравнения диагностической ценности различных тест-систем

Тест-системы	Чувствительность (Se) %	Специфичность (Sp) %	Точность результата %	Прогностичность (+) результата %	Прогностичность (-) результата %
ИФА отечественные Ат (суммарно)	96,4	96,4	92,3	97,8	97,3
ИФА отечественные Ag/Ат	97,2	93,7	91,4	98,4	98,7
ИФА GENSCREEN™ ULTRA HIV Ag – Ab	98,7	99,1	97,9	99,3	99,6
ИХА Фактор-Мед	93,8	92,6	91,9	95,7	96,1
ИХА Determine Alere HIV 1,2	100	98,4	98,4	99,2	99,7

Авторский указатель

А

Агабабева Ж.А. 81
Агафонова О.В. 19
Аглиуллина С.Т. 100
Айкин С.С. 45
Айрапетян М.С. 119
Акулова М.В. 115
Алимов А.В. 95
Алферина Е.Н. 118
Амбалова С.С. 111
Астахова Е.М. 42
Астудина О.И. 121
Атаянц Ж.Г. 116
Ахряпина И.А. 86
Ахтареева Г.Г. 95
Ахтямов М.Н. 125
Ашурова В.И. 37

Б

Балахонцева Л.А. 76
Барабохина В.А. 13
Бейкин Я.Б. 86
Белоглазова В.А. 97
Белозеров Е.С. 73, 78
Бельгесов Н.В. 78
Беляева В.В. 5
Белякова А.В. 74, 99
Бердинских Н.Н. 86
Бешимов А.Т. 96, 97
Биглова И.Р. 124, 125, 126
Блинничев С.Н. 19
Богачева Н.В. 45
Боева Е.В. 92
Бойко А.Н. 119
Бойко И.В. 39
Болбатова Е.И. 83
Бондаренко А.И. 73
Бочаров Е.Ф. 42
Браткова В.В. 84
Бузунова С.А. 89
Буланьков Ю.И. 101, 128, 129, 130
Булатова Т.Н. 45
Бурдина Ю.В. 119
Бурдова Е.Ю. 113
Бурлаков С.В. 117
Буслова Л.Е. 105
Быхалов Л.С. 48

В

Валяевская И.А. 62
Вдовиченко Е.А. 34
Вильянинов В.Н. 78
Виноградова И.А. 86
Виноградова Т.Н. 75
Винтухова Л.В. 34

Вишневский А.А. 117
Власова Е.В. 108
Власов Е.В. 42
Волова Л.Ю. 85
Волынская М.М. 110
Воропаева Е.К. 120
Вяткина Л.Г. 95

Г

Гайворонская О.В. 81
Галазова А.А. 111
Галиуллин Н.И. 95
Гарви Э.М. 86
Гашникова М.П. 42
Гашникова Н.М. 42, 45
Гезей М.А. 109
Головань О.В. 87, 88
Горанская С.В. 81
Гордон Е.О. 110
Городничева Л.Р. 115
Гребеньков С.В. 39
Гречаный С.В. 117
Грошева В.В. 112
Гудова С.В. 69
Гусев Д.А. 80, 84, 89, 90,
93, 98, 99, 106, 108, 109
Гутова Л.В. 120
Гущина Ю.Ш. 107

Д

Даминов Т.А. 22
Дворак С.И. 93, 99
Дегтярев А.А. 5, 59
Дегтярева Л.Ю. 5, 59
Демьяненко Э.Р. 87, 88
Довгополук Е.С. 79
Долганова М.В. 110
Дорохова Е.Н. 104
Дорохова Ж.И. 104
Дудко В.Ю. 81
Дунаева Н.В. 80, 108, 109
Дьячков А.Г. 115

Е

Евдокимова И.А. 116
Егорова М. А. 87, 88

Ж

Жаворонкова Е.В. 95
Желвакова Н.В. 86
Жолобов В.Е. 34

З

Зайцев С.В. 124, 126
Зарифзянова М.Э. 95

Захарова Н.Г. 93, 99
Захарова О.С. 96, 97
Золотарева И.В. 42
Золотовицкая О.С. 19
Зырянова Д.П. 42

И

Иванова Е.В. 112
Иванова Е.Н. 65
Иващенко В.В. 102
Ивлев В.В. 42
Ивойлова О.В. 121
Идрисова Г.Ф. 124, 125
Ильичев А.А. 16
Исмаилова Т.Н. 45

К

Кадария В.Г. 106
Кадиров Ж.Ф. 22
Кадырова О.Ю. 121
Казанцева Т.П. 103
Калачева Г.А. 105
Калеко С.П. 78
Каленик Л.В. 19
Калинина Т.Н. 50, 119
Кандлен К.В. 119
Канестри В.Г. 102
Каримов Х.Я. 22
Карпенко Л.И. 16
Кибардина С.К. 95
Клиценко О.А. 84
Ковеленов А.Ю. 103
Козлова О.Ю. 19
Козминский Е.Б. 81
Козырев О.А. 73
Козырина Н.В. 5
Колпащикова Е.Ю. 108
Кольцова О.В. 28
Коннов В.В. 5
Конюхов М.А. 102
Кормаков А.В. 69
Корогодская Е.Г. 113
Котляр Е.Ю. 96, 97
Котова В.О. 76
Кравченко А.В. 84, 102
Кубаева М.Б. 107
Кузнецова Е.Ю. 95
Кузьменко И.В. 115
Кузьмина Н.В. 127, 128
Кукушина М.В. 106
Куницын М.В. 103
Курманбаев Т.Е. 100
Кутукова О.С. 28

Л

Ландфанг С.В. 83
Лебедева И.В. 85
Лебедева Н.Г. 130
Левахина Л.И. 79, 114
Леонова О.Н. 80, 89, 90, 91,
92, 93, 94, 98, 99, 106
Лиознов Д.А. 98
Лисицина З.Н. 97
Логинова Н.Н. 39
Лукьянова Л.Ю. 83
Луфт В.М. 90

М

Майорова С.О. 97
Макарова В.И. 85
Малашёнков Е.А. 69
Малкова И.В. 78
Мамчик Т.А. 62
Маннапова Г.Ф. 95
Манушина Е.Н. 75
Мартыненко С.В. 108
Медведева А.А. 112
Мельникова Т.Н. 88
Микитенко Е.В. 115
Мирджамалова Ф.О. 42, 45
Михайлова Н.Р. 50, 119
Москалева Н.В. 45
Муранкина В.Р. 42
Мусатов В.Б. 115
Мухамадеева Р.М. 126

Н

Нагимова Ф.И. 95
Нарзуллаев Н.У. 24
Ниаури Д.А. 73
Никитина Н.А. 45
Никитин Н.С. 109
Новикова М.О. 94
Новоселов А.В. 95
Нургаянова Ф.Г. 95
Нуриахметова О.В. 50, 119

О

Олейник С. В. 103
Орлова Е.С. 128, 129
Орлова М.О. 5

П

Пасечник О.А. 114
Патрушева Н.Б. 86
Пельменёв В.К. 109
Петрова Ф.С. 94
Петров И.В. 94
Петрухин Н.Н. 39
Пивовар О.И. 121
Пирятинская А.Б. 81

Подымова А.С. 110, 113, 121
Позднякова Л.Л. 42
Пойлова Е.В. 75
Полозова Е.В. 39
Пономарева Е.Ю. 83
Попенко С.А. 85
Прожерин С.В. 113
Прохорова О.Г. 110
Пулькова Е.П. 81

Р

Радзиховская М.В. 126
Райфшнайдер Т.Ю. 9
Ренев В.Д. 98
Родина Е.В. 85
Рожкова И.И. 81
Романенко С.М. 78
Романова С.Ю. 108
Рубина Ю.Л. 105
Рудаков Н.В. 105
Рыбалко В.О. 77
Рябков Д.В. 129
Рямова Е.П. 113

С

Саламов Г.Г. 5
Самарина А.В. 28, 120
Сандырева Т.П. 121
Саттарова З.И. 105
Сафонова П.В. 28
Семикова С.Ю. 103
Сенькина Е.В. 124
Сидоренко Н.Ю. 116
Сизова Н.В. 84, 97
Синельников И.В. 123
Ситник Т.Н. 62
Скочиллов Р.В. 106
Смирнова Н.В. 81
Смирнова Н.Л. 80, 91, 92, 93, 94
Смирнова Т.С. 81
Смольников В.В. 82
Созаев В.В. 122, 123
Соколова Т.В. 104
Соколов М. Г. 88
Солонин С.А. 105
Станилевский В.В. 121
Степанова Е. В. 91
Степанова Е.В. 92, 94, 106
Степанова С.А. 45
Стреляная Е.В. 115
Суковатова О.В. 74, 99
Сукочева М.М. 118
Сулейманов С.Ф. 24
Султанов Л.В. 87, 88
Супроненко П.В. 103
Сухарева Ю.В. 28
Сыркова Д.Г. 107

Т

Таенкова И.О. 76
Тихменева И.Б. 78
Ткачева Н.В. 95
Томашевская Н.А. 19
Тотменин А.В. 42, 45
Третьякова П.Н. 90, 91, 92
Троценко О.Е. 76
Тюменцев А.Т. 79, 114

У

Улюкин И.М. 128, 129
Умбетова К.Т. 113
Ураева Г.В. 106
Усольцева О.П. 86

Ф

Фомина М.Ю. 54
Фролова В.А. 83

Х

Хабибуллина Г.И. 95
Хайдарова Ф.А. 78
Хайруллина Э.А. 100
Хаперсков А.В. 62
Харин И.В. 128
Хасанова Г.Р. 100
Хубулава Н.В. 73
Худайкулова Г.К. 22

Ч

Чалапа В.И. 95
Чебин А.С. 121
Чеганов А.В. 102
Чернов А.С. 45
Чернозёмова Е.А. 69
Чистяков Н.Д. 39

Ш

Шаболтас А.В. 106
Шаламова Л. 16
Шаркова Н.В. 115
Шафикова Р.П. 95
Шахова О.Б. 105
Шейдурова А.С. 104
Шейшеева Ж.Д. 127, 128
Шеломов А.С. 80, 91, 92, 94
Шешина Р.М. 83
Шишканов С.А. 118
Шулаева М.П. 96, 97

Щ

Щеглова И.В. 78
Щербакова Н.С. 16

Я

Яковлев А.А. 115
Яппаров Р.Г. 124, 125, 126
Ясникова Е.Е. 77
Ястребова Е.Б. 120

Содержание

ПРИЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СТРУКТУРЕ ПОВЕДЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОДДЕРЖАНИЕ ЗДОРОВЬЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ	
<i>Беляева В.В., Дегтярева Л.Ю., Козырина Н.В., Саламов Г.Г., Дегтярев А.А., Орлова М.О., Коннов В.В.</i>	5
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА: РИСКИ РЕАЛИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
<i>Райфинайдер Т.Ю.</i>	9
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ	
<i>Барабихина В.А.</i>	13
СЫВОРОТКИ МЫШЕЙ, ИММУНИЗИРОВАННЫХ БЕЛКАМИ ТВ1-2F5 И ТВ1-2G12, УСИЛИВАЮТ НЕЙТРАЛИЗУЮЩУЮ АКТИВНОСТЬ ДРУГ ДРУГА В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОВИРУСОВ ВИЧ-1	
<i>Щербакова Н.С., Шаламова Л., Карпенко Л.И., Ильичев А.А.</i>	16
ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	
<i>Агафонова О.В., Блинничев С.Н., Золотовицкая О.С., Козлова О.Ю., Каленик Л.В., Томашевская Н.А.</i>	19
РОЛЬ ХЕМОКИНОВОГО РЕЦЕПТОРА CCR-5 В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
<i>Даминов Т.А., Каримов Х.Я., Худайкулова Г.К., Кадиров Ж.Ф.</i>	22
ПАРАМЕТРЫ ИММУННОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ	
<i>Нарзуллаев Н.У., Сулейманов С.Ф.</i>	24
ДОЛЖНЫ ЛИ СПЕЦИАЛИСТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПРИВЛЕКАТЬ МУЖЧИН К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ?	
<i>Кольцова О.В., Сафонова П.В., Сухарева Ю.В., Кутукова О.С., Самарина А.В.</i>	28
ПОПУЛЯЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
<i>Жолобов В.Е., Винтухова Л.В., Вдовиченко Е.А.</i>	34
ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	
<i>Аишурова В.И.</i>	37
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТРУДОВЫЕ МИГРАНТЫ – КАК СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМАЯ ГРУППА ПО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЮ	
<i>Петрухин Н.Н., Чистяков Н.Д., Полозова Е.В., Логинова Н.Н., Гребеньков С.В., Бойко И.В.</i>	39
МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ С 2012 ПО 2016 ГОДЫ	
<i>Гашиникова Н.М., Муранкина В.Р., Власов Е.В., Ивлев В.В., Астахова Е.М., Зырянова Д.П., Гашиникова М.П., Мирджамалова Ф.О., Бочаров Е.Ф., Золотарева И.В., Позднякова Л.Л., Тотменин А.В.</i>	42
БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ИЗОЛЯТОВ ВИЧ-1, ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КЕМЕРОВСКОЙ, ТОМСКОЙ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТЯХ СИБИРСКОГО РЕГИОНА	
<i>Богачева Н.В., Никитина Н.А., Тотменин А.В., Мирджамалова Ф.О., Чернов А.С., Степанова С.А., Исмаилова Т.Н., Айкин С.С., Москалева Н.В., Булатова Т.Н., Гашиникова Н.М.</i>	45
НУЖДАЕМОСТЬ ИНВАЛИДОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ/ТБ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Быхалов Л.С.</i>	48
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ СВЯЗАННЫЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
<i>Михайлова Н.Р., Калинина Т.Н., Нуриахметова О.В.</i>	50
КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	
<i>Фомина М.Ю.</i>	54
МУЛЬТИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМАНДА КАК ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СНИЖЕНИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ ВЛИЯНИЯ НА ПЕРЕДАЧУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ	
<i>Дегтярева Л.Ю., Дегтярев А.А.</i>	59
ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Хаперсков А.В., Валяевская И.А.</i>	62

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ДЕТЬМИ: К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Иванова Е.Н.</i>	65
ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СПИДОМ <i>Малашёнков Е.А., Гудова С.В., Чернозёмова Е.А., Кормаков А.В.</i>	69
БРОНХО-ЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Бондаренко А.И., Козырев О.А., Белозеров Е.С.</i>	73
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Ниаури Д.А., Хубулава Н.В.</i>	73
МОНИТОРИНГ СЛУЧАЯ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ КЛИЕНТОК, ЗАТРОНУТЫХ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ <i>Суковатова О.В., Белякова А.В.</i>	74
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕКЛАМЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ «ЗАЩИТИ ТЕХ, КОГО ЛЮБИШЬ, ПРОЙДИ ТЕСТ НА ВИЧ» <i>Виноградова Т.Н., Пойлова Е.В., Манушина Е.Н.</i>	75
СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И ВЫБОР ПРИОРИТЕТОВ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ <i>Таенкова И.О., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А., Котова В.О.</i>	76
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ВПЕРВЫЕ ПОЛУЧИВШИХ ВААРТ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О.</i>	77
ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ <i>Бельсесов Н.В., Вильянинов В.Н., Тихменева И.Б., Малкова И.В., Белозеров Е.С., Калек С.П., Романенко С.М., Щеглова И.В.</i>	78
АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МОЛОДЕЖИ О ВИЧ/СПИД <i>Хайдарова Ф.А.</i>	78
ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2016 ГОДУ <i>Довгополук Е.С., Левахина Л.И., Тюменцев А.Т.</i>	79
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМФОТЕРИЦИНОМ В КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Шеломов А.С., Дунаева Н.В., Смирнова Н.Л., Леонова О.Н., Гусев Д.А.</i>	80
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. ПЕТРОЗАВОДСКА <i>Горанская С.В., Рожкова И.И.</i>	81
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ СИФИЛИСА В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Пирятинская А.Б., Смирнова Т.С., Дудко В.Ю., Пулькова Е.П., Гайворонская О.В., Смирнова Н.В., Агабаева Ж.А., Козминский Е.Б.</i>	81
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К БАРЬЕРНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ <i>Смольников В.В.</i>	82
ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Шешина Р.М., Фролова В.А., Болбатова Е.И.</i>	83
НЕФРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Пономарева Е.Ю., Лукьянова Л.Ю., Ландфанг С.В.</i>	83
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ УПРОЩЕННЫХ РЕЖИМОВ АРВТ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ СУПРЕССИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Браткова В.В., Сизова Н.В., Клищенко О.А., Кравченко А.В., Гусев Д.А.</i>	84
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ <i>Макарова В.И., Попенко С.А.</i>	85
ОБОСНОВАНИЕ РАННЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Волова Л.Ю., Лебедева И.В., Родина Е.В.</i>	85

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ДИССИДЕНТСТВА <i>Гарви Э.М., Виноградова И.А.</i>	86
АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ВИЧ У ЛИЦ С СОМНИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ИММУННОГО БЛОТА <i>Патрушева Н.Б., Желвакова Н.В., Усольцева О.П., Ахряпина И.А., Бердинских Н.Н., Бейкин Я.Б.</i>	86
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ И ОБРАТИВШИХСЯ В ЦЕНТР СПИД <i>Султанов Л.В., Головань О.В., Демьяненко Э.Р., Егорова М. А.</i>	87
ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ И НАИБОЛЕЕ ВОСТРЕБОВАННЫХ КАНАЛОВ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Г. БАРНАУЛА <i>Султанов Л.В., Головань О.В., Демьяненко Э.Р., Егорова М.А.</i>	88
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПРАВОСЛАВНЫМИ РЕЛИГИОЗНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В ВОПРОСАХ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА <i>Соколов М.Г., Мельникова Т.Н.</i>	88
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Гусев Д.А., Леонова О.Н., Бузунова С.А.</i>	89
ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Луфт В.М., Гусев Д.А., Леонова О.Н., Третьякова П.Н.</i>	90
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРЕВОДА В ОАР ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ЦЕНТРА СПИД <i>Леонова О.Н., Степанова Е.В., Шеломов А.С., Смирнова Н.Л., Третьякова П.Н.</i>	91
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Леонова О.Н., Степанова Е.В., Шеломов А.С., Смирнова Н.Л., Боева Е.В., Третьякова П.Н.</i>	92
МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПРОДВИНУТЫМИ СТАДИЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Дворак С.И., Леонова О.Н., Гусев Д.А., Захарова Н.Г., Смирнова Н.Л.</i>	93
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ <i>Новикова М.О., Петров И.В., Петрова Ф.С.</i>	94
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ <i>Степанова Е.В., Леонова О.Н., Шеломов А.С., Смирнова Н.Л.</i>	94
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ <i>Алимов А.В., Новоселов А.В., Вяткина Л.Г., Чалана В.И.</i>	95
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ ЗАРАЖЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Галиуллин Н.И., Нагимова Ф.И., Хабибуллина Г.И., Ткачева Н.В., Кибардина С.К., Жаворонкова Е.В., Ахтареева Г.Г., Нургаянова Ф.Г., Шафикова Р.П., Зарифзянова М.Э., Кузнецова Е.Ю., Маннапова Г.Ф.</i>	95
ИЗМЕНЕНИЯ ВИДОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>CANDIDA SPP</i> ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. КАЗАНИ <i>Котляр Е.Ю., Захарова О.С., Бешимов А.Т., Шулаева М.П.</i>	96
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ ПОПУЛЯЦИИ <i>CANDIDA SPP</i> . К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г.КАЗАНИ <i>Котляр Е.Ю., Захарова О.С., Бешимов А.Т., Шулаева М.П.</i>	97
О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С НЕОПРЕДЕЛЕННЫМ ИМУННЫМ БЛОТОМ <i>Белоглазова В.А., Майорова С.О., Лисицина З.Н., Сизова Н.В.</i>	97
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С САРКОМОЙ КАПОШИ <i>Гусев Д.А., Лиознов Д.А., Леонова О.Н., Ренев В.Д.</i>	98
СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЭРУ НАЧАЛА АКТИВНОГО НАЗНАЧЕНИЯ АРТ И В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Захарова Н.Г., Дворак С.И., Леонова О.Н., Гусев Д.А.</i>	99

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ <i>Белякова А.В., Суковатова О.В.</i>	99
ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР КОНТРАЦЕПЦИИ – ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р., Курманбаев Т.Е., Хайруллина Э.А.</i>	100
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И РЕГИСТРАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ВЕДОМСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ <i>Буланьков Ю.И.</i>	101
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ ПЕРЕД НАЧАЛОМ АРТ <i>Чеганов А.В., Кравченко А.В., Канестри В.Г.</i>	102
ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТАМОТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Конюхов М.А., Иващенко В.В.</i>	102
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, В ВОЛХОВСКОМ РАЙОНЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Супроненко П.В., Казанцева Т.П., Ковеленов А.Ю., Семикова С.Ю.</i>	103
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕНТРАТА ХЛОРЕЛЛЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Олейник С.В., Куницын М.В.</i>	103
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ <i>Соколова Т.В., Дорохова Е.Н., Дорохова Ж.И., Шейдорова А.С.</i>	104
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ <i>Калачева Г.А., Рубина Ю.Л., Рудаков Н.В., Буслова Л.Е.</i>	105
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ <i>Шахова О.Б., Саттарова З.И., Солонин С.А.</i>	105
РАЗРАБОТКА ОНЛАЙН ПРОГРАММЫ ВТОРИЧНОЙ ПРЕВЕНЦИИ ДЛЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Шаболтас А.В., Скочилов Р.В., Ураева Г.В.</i>	106
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ОРИТ <i>Гусев Д.А., Степанова Е.В., Кукушина М.В., Леонова О.Н., Кадария В.Г.</i>	106
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТАРТОВОЙ АБАКАВИР-СОДЕРЖАЩЕЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Кубаева М.Б., Гуцина Ю.Ш., Сыркова Д.Г.</i>	107
ДВОЙНАЯ ИНФЕРОНОСОДЕРЖАЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С (ХГС), ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОЙ КРИОГЛОБУЛИМИИ <i>Дунаева Н.В., Власова Е.В., Колтащикова Е.Ю., Романова С.Ю., Гусев Д.А.</i>	108
ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА И СТЕАНОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА С, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОДИАЛИЗА <i>Дунаева Н.В., Мартыненко С.В., Гусев Д.А.</i>	108
ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Дунаева Н.В., Гезей М.А., Гусев Д.А.</i>	109
ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ <i>Никитин Н.С., Пельменёв В.К.</i>	109
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО ПЕРВОГО ЭТАПА ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Волынская М.М., Гордон Е.О.</i>	110

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО РАБОТЕ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПАЦИЕНТАМИ, ЗАТРОНУТЫМИ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Долганова М.В., Подымова А.С., Прохорова О.Г.</i>	110
ИТОГИ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ В РСО-АЛАНИЯ <i>Амбалова С.С., Галазова А.А.</i>	111
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ «СО-ТВОРИ» ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С СООБЩЕСТВОМ ЛЮДЕЙ, ЗАТРОНУТЫХ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Иванова Е.В., Грошева В.В., Медведева А.А.</i>	112
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ НА СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕЗ ДИАРЕИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МАРКЕРОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Умбетова К.Т., Корогодская Е.Г., Бурдова Е.Ю.</i>	113
МОНИТОРИНГ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Подымова А.С., Прожерин С.В., Рямова Е.П.</i>	113
ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ <i>Левахина Л.И., Тюменцев А.Т., Пасечник О.А.</i>	114
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР <i>Дьячков А.Г., Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Стреляная Е.В., Микитенко Е.В., Городничева Л.Р.</i>	115
ВОВЛЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РАБОТУ С «ЗАКРЫТЫМИ» СТИГМАТИЗИРУЕМЫМИ ЦЕЛЕВЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ НИХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ <i>Акулова М.В., Кузьменко И.В., Шаркова Н.В.</i>	115
ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДОРОДОВОМУ УХОДУ СРЕДИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Сидоренко Н.Ю., Атаянц Ж.Г., Евдокимова И.А.</i>	116
АДАПТАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЛИЧНОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ <i>Гречаный С.В.</i>	117
ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛАМ КОМОРБИДНОСТИ И PITSS У ВИЧ (+) И ВИЧ (-) БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ (ТС) <i>Вишневский А.А., Бурлаков С.В.</i>	117
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДУЩИХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ <i>Алферина Е.Н., Сукочева М.М., Шишканов С.А.</i>	118
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ/ХГС ПРОБИОТИКОМ СПОРОБАКТЕРИНОМ <i>Нуриахметова О.В., Калинина Т.Н., Михайлова Н.Р.</i>	119
ОПЫТ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НЕ ПРИВЕРЖЕННЫМИ К ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ <i>Бойко А.Н., Айрапетян М.С., Кандлен К.В., Бурдина Ю.В.</i>	119
ДЕТИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: ПРОБЛЕМЫ НА ФОНЕ ВААРТ <i>Ястребова Е.Б., Самарина А.В., Ворopaева Е.К., Гутова Л.В.</i>	120
ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПО ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ, СИЛАМИ НКО ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ СО СПИД-ЦЕНТРОМ И ГУФСИН ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Чебин А.С., Подымова А.С., Сандырева Т.П., Кадырова О.Ю., Станилевский В.В.</i>	121
К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Пивовар О.И., Ивойлова О.В., Астудина О.И.</i>	121
МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПО ВИЧ СРЕДИ MSM <i>Созаев В.В.</i>	122

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ ГЕЕВ И БИСЕКСУАЛОВ О ВИЧ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОН-ЛАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ (ДЕКАБРЬ 2016-ЯНВАРЬ 2017) <i>Синельников И.В., Созаев В.В.</i>	123
О РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТРАТЕГИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2017 ГОДА <i>Сенькина Е.В., Идрисова Г.Ф., Яппаров Р.Г., Зайцев С.В., Биглова И.Р.</i>	124
ТЕНДЕНЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОБСЛЕДОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН <i>Ахтямов М.Н., Биглова И.Р., Идрисова Г.Ф., Яппаров Р.Г.</i>	125
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 6 МЕСЯЦЕВ 2017 Г <i>Биглова И.Р., Мухамедеева Р.М., Яппаров Р.Г., Зайцев С.В.</i>	126
ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВНОВЬ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Радзиховская М.В.</i>	126
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Кузьмина Н.В., Шейшеева Ж.Д.</i>	127
ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Кузьмина Н.В., Шейшеева Ж.Д.</i>	128
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ И ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ <i>Орлова Е.С., Буланьков Ю.И., Харин И.В., Улюкин И.М.</i>	128
ДИНАМИКА РИСКОВ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА <i>Буланьков Ю.И., Орлова Е.С., Рябков Д.В., Улюкин И.М.</i>	129
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ – ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ПРОВЕДЕНИЮ АРТ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ <i>Буланьков Ю.И.</i>	130
ЭКСПРЕСС-ТЕСТЫ КАК МЕТОД УСКОРЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ОРИТ <i>Буланьков Ю.И., Лебедева Н.Г.</i>	130