

XI Санкт-Петербургский форум по ВИЧ-инфекции с международным участием

1-2 ОКТЯБРЯ 2026 | САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

МАТЕРИАЛЫ



Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина»
Межрегиональное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу и Ленинградской области
Региональная общественная организация «СПИД, статистика, здоровье»
Санкт-Петербургская общественная организация
«Человек и его здоровье»
Общество с ограниченной ответственностью
«Медицинский конгресс»



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МАТЕРИАЛЫ

Санкт-Петербург
2026

Научное издание

**XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Материалы

СПб.: 2026 г. – 156 с.

Рецензент: Буланьков Ю.И., доктор медицинских наук, доцент

*Сборник материалов Форума будет зарегистрирован
в национальной информационно-аналитической системе РИНЦ
(Российский индекс научного цитирования)*

Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.

Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации

ISBN 978-5-6040648-8-7

© «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2026
© Коллектив авторов, 2026



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СТАТЬИ



ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: РОЛЬ ЗАБЫВЧИВОСТИ

Беляева В.В.¹, Соколова Е.В.¹, Козырина Н.В.¹, Куимова У.А.¹,
Голнусова М.Д.¹, Кулабухова Е.И.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,

²Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва

Резюме.

Цель исследования. Оценка роли психоэмоциональных факторов в формировании приверженности антиретровирусной терапии (АРТ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение в клинической когорте пациентов с ВИЧ-инфекцией (2024–2026 гг.) с использованием валидированных психометрических методик (HADS, MFI-20, STAI, SDS, PHQ-9, PSS-10, WHO-5). Оценивались тревожно-депрессивная симптоматика, астения, воспринимаемый стресс, субъективные когнитивные жалобы, самооценка здоровья и пропуски приема АРТ. Применялись корреляционный, факторный и регрессионный анализы.

Результаты. Выявлен устойчивый психоэмоциональный дистресс, включающий тревогу, депрессию, астению и когнитивные жалобы. Факторный анализ подтвердил формирование единого психоэмоционального фактора. Установлены статистически значимые связи психоэмоциональных показателей с пропусками АРТ. В многофакторных моделях наиболее сильную ассоциацию с нарушением приверженности демонстрировала забывчивость, нивелирующая вклад психоэмоциональных факторов.

Показано, что забывчивость может выступать промежуточным поведенческим механизмом, через который психоэмоциональный дистресс реализуется в нарушении приверженности приему терапии.

Заключение. Приверженность АРТ определяется в том числе уровнем психоэмоциональной регуляции пациента. Полученные данные обосновывают необходимость включения психоэмоционального скрининга и поведенческих вмешательств в клиническую практику.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, приверженность, психоэмоциональный дистресс, забывчивость

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в формате длительного наблюдения в динамической, с частично перекрывающимися выборками, клинической когорте пациентов с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции, получающих эффективную антиретровирусную терапию (АРТ). Все исследования проводились в рамках визита консультативного наблюдения. В анализ включены данные последовательных этапов наблюдения, охватывающих период 2024–2026 гг. Гендерная структура выборки характеризовалась стабильным преобладанием мужчин (69,8% – 70,7%). Большинство участников относились к трудоспособной возрастной группе (Мед 44г.) и не состояли в браке (45,5%). Более половины (53,8%) имели высшее образование, 70,5% работали с полной занятостью.



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Медиана продолжительности жизни с ВИЧ составила 13 лет [Q1 – 9; Q3 – 20], продолжительности приема АРТ – 10 лет [Q1 – 6; Q3 – 16].

Все респонденты принимали АРТ. Большинство участников опроса принимали АРТ в режиме 1 таблетка (54,9%) 1 раз в сутки (92%). Ме уровня CD4⁺-лимфоцитов составила 691 клеток/мкл. [Q1 524; Q3 899]. Показатель вирусной нагрузки был на неопределяемом уровне.

43,1% респондентов имели опыт употребления психоактивных веществ (включая злоупотребление алкоголем).

Для комплексной оценки психоэмоционального состояния использовались валидированные психометрические методики, представленные в таблице 1¹. Обследование проводилось поэтапно в ходе динамического наблюдения с последовательным расширением психодиагностических инструментов, а также факторов, потенциально связанных с приверженностью антиретровирусной терапии.

Таблица 1.

Методики оценки психоэмоциональных характеристик пациентов, включенных в исследование

№	Методики исследования	Число наблюдений (абс)	Этап исследования (год)
1	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), субъективная шкала оценки астении (MFI-20), самооценка когнитивного дефицита	120	2024-2025
2	Ситуативная и личностная тревожность (тест STAI), самооценка зависимого поведения	133	2025
3	Самооценка депрессии (тест SDS), индекс хорошего самочувствия (WHO 5), оценка представлений об актуальности заболевания	116	2025
4	Оценка депрессии (PHQ 9), шкала воспринимаемого стресса (PSS 10),	116	2025
	Всего исследований	485	

На каждом этапе исследования проводили мониторинг самооценки здоровья с использованием 10-ти балльной визуально-аналоговой шкалы, а также мониторинг пропусков приема АРТ за месяц, предшествующий анкетированию.

Исследование проводилось в формате частично перекрывающейся когорты; на каждом этапе анализ осуществлялся как независимый поперечный срез, с интервалом 3 месяца.

¹ HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale; MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory; STAI - State-Trait Anxiety Inventory, SDS -Zung Self-Rating Depression Scale, WHO 5 – WHO well-being index, PHQ-9 - The nine-item Patient Health Questionnaire, PSS 10- Perceived Stress Scale.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Количественные показатели, полученные с использованием указанных методик, рассматривались как непрерывные переменные и включались в последующий статистический анализ. Наряду с психоэмоциональными характеристиками анализировались данные самооценки здоровья, а также социально-демографические и клинические параметры. В качестве раннего поведенческого маркера потенциальной дестабилизации приверженности анализировались пропуски приема АРТ за месяц, предшествующий анкетированию. Пропуски учитывались как бинарная переменная (наличие ≥ 1 пропуска) и/или как порядковая характеристика (0; 1; ≥ 2 пропусков) в зависимости от задач анализа. Полученные данные использовались для описательной статистики, корреляционного анализа и выявления независимых предикторов приверженности терапии.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS версии 27. Количественные переменные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (IQR) либо среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD) в зависимости от характера распределения.

Нормальность распределения оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для анализа категориальных переменных применялся критерий χ^2 Пирсона или точный критерий Фишера. Для оценки взаимосвязей использовались коэффициенты корреляции Спирмена.

Для выявления факторов, ассоциированных с приверженностью терапии и качеством жизни, в зависимости от типа переменной применялась множественная линейная и логистическая регрессия. В модель включались психоэмоциональные, когнитивные, социально-демографические и клинические показатели.

Уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$.

Результаты:

➤ Самооценка астении и когнитивных функций

Большинство пациентов не отмечали выраженного когнитивного дефицита, однако 21-23% указывали на забывчивость слов и недавних событий, 69,7% – на потребность в улучшении памяти, 5,9% – на забывание приема АРТ.

Медиана самооценки памяти составила 8 баллов и оставалась стабильной в динамике, что свидетельствует об относительной сохранности субъективного когнитивного функционирования при наличии латентных жалоб.

Показатели астении по шкале MFI-20 продемонстрировали наименее благоприятные значения по шкалам общей и психической астении, а также пониженной активности (рис. 1).

➤ Симптоматика тревоги и депрессии

Медианные значения тревоги и депрессии по шкале HADS находились в субклиническом диапазоне, однако клинически значимые уровни (≥ 7 баллов) выявлены у 23,3% и 16,7% пациентов соответственно².

² Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В.¹, Куимова У.А., Голиусова М.Д., Кулабухова Е.И. Результаты скрининга депрессивной симптоматики у пациентов, принимающих антиретровирусную терапию / Материалы третьего гомельского международного конгресса «Инфекционные болезни, микробиология и иммунология» 11–12.09.2025 г., Гомель, Беларусь, Журнал инфектологии, 2025. - Т.17 - №3 - Приложение 1 - С.25



Рис.1.
Медиана баллов по шкалам опросника MFI-20

По шкале Цунга депрессивная симптоматика в большинстве случаев соответствовала нормативным значениям (83%), при этом наиболее неблагоприятные значения показателей были связаны с нарушениями сна и аппетита.

По результатам PHQ-9 отрицательный скрининг депрессии выявлен у 60,3% респондентов.

Несмотря на преобладание нормативных значений, выявлены статистически значимые связи депрессивной симптоматики с забывчивостью при приеме АРТ.

➤ Самооценка здоровья и приверженность терапии

Медиана самооценки здоровья оставалась стабильной и составляла 8 баллов, при этом доля пациентов с высокой оценкой превышала 60%.

Более половины пациентов не пропускали прием АРТ (рис. 2), при этом наибольшая доля пропусков приходилась на один эпизод в месяц (21-24,3%). Основной причиной пропусков являлась забывчивость (76,6–90,2%)³.

➤ Психоэмоциональные взаимосвязи

Корреляционный анализ выявил статистически значимые связи самооценки здоровья с астенией, тревогой, депрессией, самооценкой памяти и частотой пропусков АРТ.

Факторный анализ подтвердил формирование единого психоэмоционального фактора, объединяющего указанные показатели, что указывает на системный характер психоэмоционального дистресса.

³ Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В., Хохлова О.Н., Суворова З.К., Покровский В.В. Забывчивость - фактор риска пропуска приема антиретровирусной терапии пациентами, инфицированными ВИЧ / «Управляемые инфекции: диагностика, лечение и профилактика» 5–6 февраля 2025 года. Материалы конференции. – СанктПетербург, 2025. Журнал инфектологии. - Приложение 1. - Том 15. - № 3. – 2025. С.12-13 https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2025/01/ZHurnal-infektologii-Pril-1_T.17-1-2025.pdf

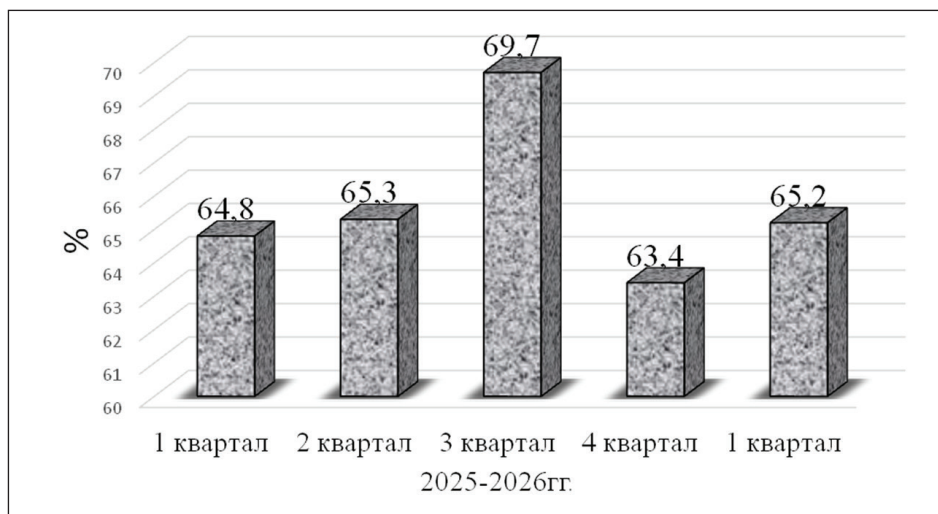


Рис.2.
Доля пациентов, принимавших АРТ без пропуска в течение месяца, предшествующего опросу

➤ Роль воспринимаемого стресса

Повышение уровня воспринимаемого стресса сопровождалось ростом психоэмоционального напряжения ($p = 0,85$; $p < 0,001$) и изменением стратегий совладания ($p = 0,84$; $p < 0,001$).

Также выявлены значимые корреляции между уровнем стресса, депрессивной симптоматикой и пропусками приема АРТ, а также обратная связь со самооценкой здоровья.

➤ Регрессионный анализ

В многофакторной модели психоэмоциональный фактор продемонстрировал погранично значимое влияние на частоту пропусков АРТ ($B=0,076$; $p=0,054$), тогда как показатели длительности заболевания, длительности АРТ и уровня $CD4^+$ не демонстрировали самостоятельных ассоциаций с пропусками терапии.

В логистической модели независимым фактором риска пропусков терапии являлась личностная тревожность: увеличение показателя личностной тревожности на один балл ассоциировалось с увеличением вероятности пропуска терапии почти в три раза ($OR \approx 3,0$; 95% ДИ: 1,31–6,84; $p = 0,009$).

В порядковой модели при включении переменной забывчивости ее вклад оказался статистически наиболее значимым ($OR \approx 6,46$; $p < 0,001$), при этом эффекты психоэмоциональных показателей утратили самостоятельную значимость.

Аналогичные результаты получены при использовании отрицательной биномиальной регрессии: увеличение уровня личностной тревожности ассоциировалось с ростом числа пропусков ($IRR \approx 2,18$; $p = 0,013$), однако при включении забывчивости в модель ее эффект оставался доминирующим.

Полученные данные указывают, что переменная забывчивости демонстрирует наиболее тесную связь с поведенческим исходом (пропусками АРТ) и статистически «перехватывает» вклад психоэмоциональных показателей в многофакторных моделях, выступая промежуточной переменной.

Обсуждение.

Основным результатом исследования является выявление забывчивости как наиболее значимого поведенческого фактора, связанного с эпизодическими пропусками АРТ у клинически стабильных пациентов.

Полученные результаты показывают, что при клинически благоприятном течении ВИЧ-инфекции в анализируемой когорте пациентов сохраняется выраженный психоэмоциональный компонент заболевания.

Выявлен устойчивый психоэмоциональный фактор, объединяющий астению, тревогу, депрессию, когнитивные жалобы и самооценку здоровья. Сочетание высокой самооценки памяти с наличием когнитивных жалоб указывает на их связь с психоэмоциональным состоянием, а не с изолированным когнитивным дефицитом.

Полученные данные согласуются с результатами исследований, демонстрирующих связь депрессии с нарушением приверженности антиретровирусной терапии [1, 2, 6]. Также показано влияние воспринимаемого стресса на поведенческие аспекты лечения, включая пропуски приема препаратов [3].

При этом в ряде работ показано, что коррекция депрессивных расстройств сопровождается улучшением приверженности терапии [4], что подчеркивает клиническую значимость психоэмоциональных факторов.

В отличие от большинства ранее опубликованных исследований, где психоэмоциональные показатели рассматриваются как прямые предикторы неприверженности, в полученные данные позволяют предположить, что их влияние может реализоваться через поведенческий механизм – забывчивость.

Следует отметить, что используемый показатель воспринимаемого стресса отражает субъективно переживаемую перегрузку, то есть психоэмоциональный дистресс, связанный с нарушением саморегуляции.

Таким образом, формируется модель: *стресс (дистресс) → психоэмоциональный фактор → забывчивость → неприверженность АРТ*.

Практическое значение исследования заключается в необходимости раннего выявления психоэмоционального дистресса и коррекции поведенческих факторов.

Выводы.

1. У пациентов с ВИЧ-инфекцией на фоне эффективной АРТ и клинической стабильности сохраняется психоэмоциональный дистресс.

2. Астения, тревога, депрессия, когнитивные жалобы и самооценка здоровья формируют единый психоэмоциональный фактор.

3. Психоэмоциональные показатели связаны с нарушением приверженности терапии.

4. Забывчивость может выступать промежуточным поведенческим механизмом пропусков АРТ.

5. Воспринимаемый стресс (дистресс) играет системообразующую роль в формировании психоэмоционального состояния и поведенческих нарушений.

6. Результаты обосновывают необходимость включения психоэмоционального скрининга в клиническую практику наблюдения людей, живущих с ВИЧ.



Рис.3.
Психоэмоциональный дистресс и пропуски АРТ: возможная роль забывчивости

Список литературы:

1. Uthman O.A., Magidson J.F., Safren S.A., Nachega J.B. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*. 2014;18(6):1022–1036. [Электронный ресурс]
2. Zeleke E.G., et al. Systematic review and meta-analysis on the effect of Depression on ART adherence among women living with HIV. *PLOS ONE*. 2024;19(5) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300106>. [Электронный ресурс]
3. Benoit A.C., et al. The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: A systematic review of the global literature *Journal of HIV/ AIDS & Social Services*. 2020;19(3):215–230. DOI:10.1080/09540121.2015.1090532 [Электронный ресурс]
4. Sin N.L., DiMatteo M.R. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2014;47(3):259–269. DOI:10.1007/s12160-013-9559-6 [Электронный ресурс]

5. Kinyanda E., et al. Psychiatric disorders and adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected individuals: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:814360. DOI:10.1177/0956462415600582 [Электронный ресурс]
6. Gonzalez J.S., Batchelder A.W., Psaros C., Safren S.A. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2011;58(2):181–187. DOI: 10.1097/QAI.0b013e31822d490a [Электронный ресурс]

СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ФИБРОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

**Ветушко Д.А., Будник О.А., Солодовникова В.В.,
Яцкевич Н.В., Глинская Т.Н., Суркова Л.К.**

*Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Минск, Беларусь*

Сывороточные маркеры фиброза (коллаген С IV, проколлаген РIIIР N-P и гиалуроновая кислота HA) позволяют с высокой вероятностью оценивать его наличие и тяжесть у пациентов с циррозом печени. Большую диагностическую значимость представляют так называемые прямые маркеры – вещества, отражающие биохимию и регуляцию фиброгенеза. Внедрение в практику этих методов исследования и дальнейшее совершенствование различных диагностических тестов позволит проводить оценку прогрессирования фиброза и может послужить одним из критериев оценки эффективности лечения парентеральных вирусных гепатитов и антифибротической терапии у пациентов с коморбидной патологией.

Ключевые слова: Туберкулез легких; лекарственная устойчивость; хронический гепатит С; генотипы ВГС; коинфекция; фиброз печени; проколлаген III типа; препараты прямого противовирусного действия

Сочетание туберкулеза органов дыхания с парентеральными вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, (ТБ/ПВГ/ВИЧ) представляет собой серьезную проблему для здравоохранения Республики Беларусь. Высокая доля лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) в структуре заболеваемости и выраженная гепатотоксичность полихимиотерапии ассоциированы с высоким риском нежелательных явлений и перерывами в проводимой химиотерапии туберкулеза. В данных условиях исследование прямых сывороточных маркеров фиброза приобретает особую актуальность как инструмент ранней неинвазивной диагностики и мониторинга лекарственно-индуцированного поражения печени.

Цель работы. Оценить генотипический профиль ВГС, исходное состояние гепатобилиарной системы, а также антифибротическую эффективность препаратов прямого противовирусного действия (ПППД) у пациентов с сочетанием туберкулеза легких (ТБ) и хронического гепатита С (ХГС), в том числе с коинфекцией ВИЧ и/или вирусом гепатита В (ВГВ).

Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов с коморбидной инфекцией, разделенных на две группы: с лекарственно-чувствительным туберкулезом (ЛЧ-ТБ/ВГС±ВИЧ, n=28) и лекарственно-устойчивым процессом (ЛУ-ТБ/ВГС(ВГВ)±ВИЧ, n=30). Изучена генотипическая структура ВГС, частота коинфекции ВГВ, биохимические показатели крови и динамика маркера интерстициального фиброгенеза – проколлагена III типа (РІІР N-P) до и после курса терапии ПППД. Статистическая обработка проведена с использованием критерия хи-квадрат (χ^2) и расчетом 95% доверительного интервала (ДИ).

В гендерной структуре преобладали мужчины – 44 пациента (75,9%), 95% ДИ [63,5%; 85,0%], женщин было 14 (24,1%), 95% ДИ [15,0%; 36,5%]. Возраст пациентов варьировал от 31 до 67 лет. Средний возраст мужчин составил 52,3 года, женщин – 45,4 года, общий средний возраст группы – 50,6 лет. Длительность химиотерапии составила: при ЛЧ-ТБ – 6 месяцев, при ЛУ-ТБ – от 6 до 9 месяцев (и более). Противовирусная терапия ВГС длилась 12 недель, терапия ВИЧ – постоянно. Лечение включало одновременное назначение противотуберкулезных препаратов (ПТЛП), антиретровирусной терапии (АРВТ) и противовирусной терапии ВГС с учетом лекарственной чувствительности и переносимости. Проведен анализ динамики сывороточных маркеров фиброза на фоне приема противовирусных препаратов прямого действия (ПППД).

Результаты. Все пациенты обследованы согласно действующих протоколов по ПВГ, ВИЧ и туберкулезу. У пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) проведено генотипирование вируса с определением основных генотипов (1, 2 и 3). Распределение генотипов ВГС в зависимости от клинической формы туберкулеза и ВИЧ-статуса пациентов представлено на рисунке 1.

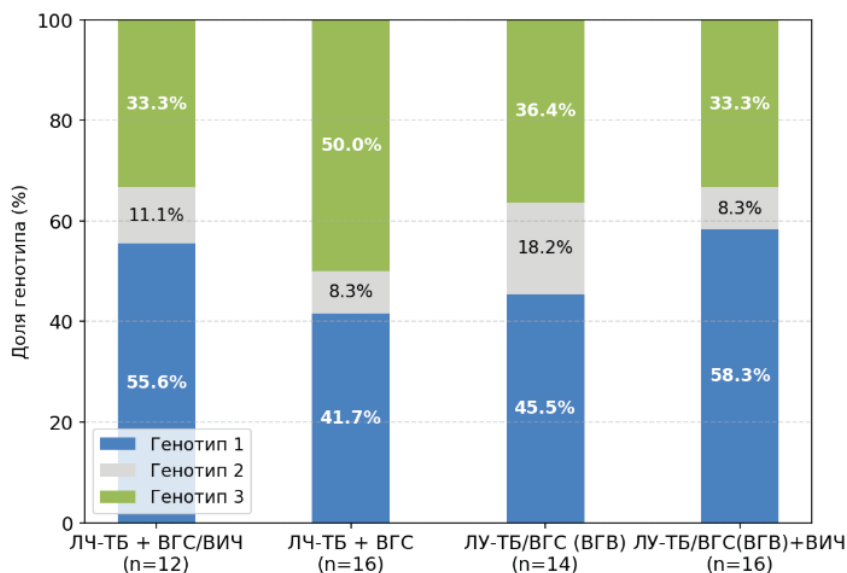


Рис.1.

Распределение и соотношение абсолютного числа генотипов 1, 2 и 3 вируса гепатита С (ВГС) в зависимости от характера туберкулезного процесса и ВИЧ-статуса пациентов



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Анализ общей структуры выборки ($n=58$) продемонстрировал статистически значимое доминирование 1-го и 3-го генотипов ВГС на фоне низкой выявляемости 2-го генотипа. Суммарный удельный вес генотипа 1 составил 50,0% ($n=22$), генотипа 3 – 38,6% ($n=17$). Изолированный генотип 2 был верифицирован лишь в 11,3% наблюдений ($n=5$). В ходе межгруппового сопоставления были определены следующие клинико-эпидемиологические закономерности:

В когорте пациентов с коинфекцией (ЛУ-ТБ/ВГС+ВИЧ) зарегистрирована наибольшая частота встречаемости 1-го генотипа ВГС, составившая 43,8% внутри группы ($n=7$) из 16. Данная особенность имеет неблагоприятное прогностическое значение ввиду потенциально более высокого риска вирусиндуцированного цитолиза. В группе лиц с сохранной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам без сопутствующей ВИЧ-инфекции (ЛЧ-ТБ + ВГС) отмечена наибольшая представленность генотипа 3, доля которого достигла 37,5% ($n=6$) из 16, что значимо видоизменяет этиологический профиль данной подгруппы в пользу доминирования «не-1» генотипов. Подгруппа пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом без ВИЧ-инфекции явилась единственной, где генотип 2 был верифицирован дважды ($n=2$); 14,3%, в то время как в остальных клинических группах регистрировались исключительно спорадические случаи (по ($n=1$); 6,3%). Межгрупповые различия в структуре генотипов ВГС статистически не значимы ($p > 0,05$). Выявленные колебания долей (например, преобладание 1-го генотипа в группе коинфекции ЛУ-ТБ) на данной объеме выборки признаются случайными и отражают лишь общую тенденцию ($p = 0,949$), ($\chi^2 = 1,640$), число степеней свободы ($df = 6$).

Таким образом, генотипическая структура ВГС у обследованного контингента согласуется с региональными эпидемиологическими трендами [7]. Вместе с тем, кумуляция наиболее патогенных вариантов вируса (генотипов 1 и 3) в группах с тяжелым течением микобактериального процесса (ЛУ-ТБ) и сопутствующим иммунодефицитом (ВИЧ) создает условия для взаимного потенцирования токсико-аллергических факторов и требует дифференцированного подхода к выбору этиотропных лекарственных средств [6].

Среди пациентов ЛЧ-ТБ/ВГС±ВИЧ фиброз печени F4 (цирроз печени) выявлялся в одном случае. В основном, это 25 пациентов – имели (F0-F2), 3 – (F3).

Гепатит В выявлялся в группе ЛЧ-ТБ с подтверждением ПЦР ДНК ВГВ в 3-х случаях из 28 (10,7%), количественно менее 2000 МЕ/мл у одного пациента, назначение лечения было показано с количеством более 2000 МЕ/мл у одного пациента.

Среди пациентов с ЛУ-ТБ – ПЦР ДНК ВГВ качественно выявлено у 5 (16,7%) пациентов, количественно более 2000 МЕ/мл определено у 2-х пациентов, всем назначено лечение тенофовиром в дозе 300 мг./сутки.

Для предиктивной не инвазивной диагностики фиброза печени предложено множество тестов/индексов, основанных на моделях соотношения рутинных клинических и лабораторных показателей пациента. Часть из них (APRI, FIB-4, дискриминантная шкала Боначини) валидированы на европейской и американской популяции пациентов с ХВГС, показав достаточно приемлемые показатели чувствительности и специфичности, что и позволило нам оценить степень фиброза у каждого пациента в исследовании.

Выявили статистически значимую регрессию процессов фиброгенеза в печени. Изучение биохимического профиля показало, что, несмотря на идентичную гистологическую структуру, интенсивность процессов фиброобразования в группах принципиально различалась.



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

В таблице 1 представлены показатели маркеров фиброза печени в динамике (через 3 месяца приема ПППД) и распределение степени фиброза печени у пациентов с ЛЧ-ТБ/ВГС ± ВИЧ и с ЛУ-ТБ/ВГС(ВГВ) – ВИЧ.

Таблица 1.

Динамика сывороточных маркеров фиброза печени и степени фиброза печени у пациентов анализируемых групп до и после лечения ПППД

Биохимический показатель и нормативные значения	ЛЧ-ТБ / ВГС ± ВИЧ (n = 28) M ± SD [95% ДИ]	p	ЛУ-ТБ / ВГС(ВГВ) ± ВИЧ (n = 30) M ± SD [95% ДИ]	p
Коллаген IV типа (C IV), N 30 ng/ml				
— до приема ПППД	(27,9 ± 12,39) [23,10; 32,70]	P=0,253	(122,39 ± 122,00) [76,83; 167,95]	p=0,014
— после приема ПППД	(24,58 ± 9,13) [21,04; 28,12]	Не значимо	(78,74 ± 65,27) [54,37; 103,11]	достоверно
Проколлаген III типа (PIIP N-P), N 30 ng/ml				
— до приема ПППД	(364,02 ± 255,81) [264,83; 463,21]	p<0,001	(107,31 ± 2,39) [65,34; 149,28]	p=0,046
— после приема ПППД	(111,43 ± 43,52) [94,55; 128,31]	Высокознач.	(70,33 ± 61,50) [47,37; 93,29]	достоверно
Гиалуроновая кислота (HA), N 100 ng/ml				
— до приема ПППД	(80,36 ± 56,58) [58,42; 102,30]	p=0,0381	(88,37 ± 53,58) [68,36; 108,38]	p=0,008
— после приема ПППД	(70,30 ± 6,74) [67,69; 72,91]	Не значимо	(59,15 ± 30,56) [47,74; 70,56]	достоверно
Степень фиброза:				
F0	6 (21,4%)		5 (16,7%)	p=0,979 χ ² =0,443; df=4
F1	11 (39,3%)		12 (40%)	
F2	7 (25,0%)		8 (26,7%)	
F3	3 (10,7%)		3 (10%)	
F4	1 (3,6%)		2 (6,7%)	

В группе ЛЧ-ТБ (n=28) на первый план выступал феномен «активного» воспалительного фиброгенеза: при нормальных средних значениях коллагена IV типа и гиалуроновой кислоты регистрировалось резкое изолированное повышение проколлагена

III типа до $(364,02 \pm 255,81)$ ng/ml. Применение ПППД позволило заблокировать репликацию вируса и продемонстрировало высокую патогенетическую эффективность, приведя к значимому падению уровня РИПР N-P в 3,2 раза – до $(111,43 \pm 43,52)$ ng/ml ($p < 0,001$). В группе ЛУ-ТБ ($n=30$) биохимическая картина носила системный, глубокий характер метаболических нарушений, ассоциированный с сочетанным гепатотоксическим влиянием массивной противотуберкулезной терапии резервного ряда. Здесь маркер деградации базальных мембран – Коллаген IV типа – исходно в 4 раза превышал норму $(122,39 \pm 122,00)$ ng/ml. Внедрение этиотропной терапии ПППД обеспечило комплексную достоверную регрессию всей панели сывороточных маркеров. Концентрация Коллагена IV снизилась до $(78,74 \pm 65,27)$ ng/ml ($p = 0,014$), Проколлагена III – до $(70,33 \pm 61,50)$ ng/ml ($p = 0,046$), а уровень гиалуриновой кислоты нормализовался до $(59,15 \pm 30,56)$ ng/ml ($p = 0,008$).

При сравнительном анализе гистологической тяжести поражения печени (по результатам неинвазивной эластометрии/расчетных индексов) до начала приема противовирусных препаратов прямого действия (ПППД) была установлена полная межгрупповая однородность распределения стадий фиброза по шкале METAVIR ($\chi^2 0,443$; ($df=4$); ($p = 0,979$). В обеих анализируемых когортах доминировали начальные и умеренные проявления фибротического процесса (стадии F1 и F2). В группе пациентов с ЛЧ-ТБ ($n=28$) суммарная доля лиц с фиброзом F1–F2 составила 64,3% ($n=18$), в группе с ЛУ-ТБ ($n=30$) – 66,7% ($n=20$). Исходное отсутствие признаков фиброза (стадия F0) регистрировалось со сходной частотой: у 21,4% ($n=6$) больных группы ЛЧ-ТБ и у 16,7% ($n=5$) пациентов группы ЛУ-ТБ. Доля лиц с тяжелыми, предцирротическими изменениями ткани печени (стадия F3) была стабильной в обеих выборках и составила 10,7% ($n=3$) и 10,0% ($n=3$) соответственно. Терминальная стадия фиброза – цирроз печени (F4) – на момент включения в исследование была верифицирована у 3,6% ($n=1$) пациента с сохранной чувствительностью МБТ и у 6,7% ($n=2$) лиц с лекарственной устойчивостью. Распределение показывает, что значительная часть пациентов еще не достигла тяжелых стадий фиброза, что положительно с точки зрения прогноза и эффективности лечения ВГС.

Таким образом, элиминация вируса гепатита с помощью ПППД эффективно прерывает каскад фиброгенеза у пациентов с коинфекцией туберкулеза, независимо от характера лекарственной устойчивости микобактерий и исходной тяжести фибротического процесса. Наиболее значимое изменение наблюдается в показателе проколлагена (РИПР N-P), который снизился более чем в три раза и показывает существенную динамику. Коллаген (C IV): изменения минимальны и с большой вариабельностью, возможно, незначительные или статистически незначительные. Гиалуриновая кислота: умеренное снижение уровня с уменьшением вариации, что может указывать на стабилизацию или положительный эффект терапии. Несмотря на более тяжелый бактериологический профиль во второй группе, исходный уровень повреждения паренхимы печени вирусного генеза в группах сравнения значимо не отличался, что позволяет объективно оценивать последующий биохимический ответ на терапию ПППД.

Заключение. Кумуляция патогенных генотипов ВГС и высокая исходная активность фиброгенеза при нормальных показателях стандартной ферментемии требуют дифференцированного подхода к ведению больных ТБ. Включение ПППД в схемы лечения демонстрирует выраженный антифибротический эффект, а мониторинг РИПР N-P является чувствительным неинвазивным критерием контроля безопасности терапии.

Выводы.

1. Среди генотипов ВГС у обследованных пациентов с туберкулезом статистически значимо преобладали генотип 1 (50,0%) и генотип 3 (38,6%); доля генотипа 2 составила 11,3%. Статистически значимых межгрупповых различий в распределении генотипов в зависимости от формы туберкулеза и ВИЧ-статуса не выявлено ($\chi^2 = 1,640$; $p = 0,949$). Частое сочетание генотипов 1 и 3 с ЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекцией требует дальнейшего изучения их взаимного влияния.

2. Выявлена высокая частота коинфекции вирусом гепатита В (ВГВ) у больных туберкулезом. В когорте пациентов с ЛУ-ТБ распространенность ВГВ оказалась в 1,5 раза выше, чем в группе с ЛЧ-ТБ (16,7% против 10,7%). По результатам количественного мониторинга ДНК HBV (>2000 МЕ/мл) у 3 пациентов (1 – в группе ЛЧ-ТБ, 2 – в группе ЛУ-ТБ) верифицированы абсолютные показания к этиотропной терапии. С целью супрессии репликативной активности вируса в комплексную схему лечения данных пациентов успешно интегрирован тенофовир (300 мг/сутки).

3. У пациентов группы ЛЧ-ТБ/ВГС±ВИЧ до начала лечения регистрировалась высокая активность интерстициального фиброгенеза со средним уровнем проколлагена III типа (РІІР N-P) ($364,02 \pm 255,81$) нг/мл. При этом у большинства пациентов ($n=25$) при проведении эластометрии определялись начальные стадии поражения (F0–F2) по шкале METAVIR.

4. Этиотропная терапия препаратами прямого противовирусного действия (ПППД) у пациентов с коморбидной патологией показала высокую патогенетическую эффективность. Обладая выраженным антифибротическим действием, курс лечения привел к высокозначимому снижению концентрации сывороточного маркера РІІР N-P в 3,2 раза – до ($111,43 \pm 43,52$) нг/мл ($p < 0,001$; 95% ДИ: [94,55; 128,31]).

5. Снижение концентрации проколлагена III типа на фоне эрадикации ВГС объективизирует замедление темпов интерстициального фиброгенеза и частичное восстановление гистоархитектоники печени. Динамический мониторинг уровня РІІР N-P может быть рекомендован в качестве чувствительного неинвазивного маркера для оценки обратимости патологического процесса и контроля гепатотоксичности при проведении противотуберкулезной терапии.

Список литературы:

1. Доклад ВОЗ о глобальном гепатите за 2024 год // <https://www.who.int/news/item/09-04-2024-who-sounds-alarm-on-viral-hepatitis-infections-claiming-3500-lives-each-day>.
2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с туберкулезом (взрослое и детское население)». Постановление МЗ РБ №118 от 16.12.2022.
3. Жээналиева Г.М., Канатбекова А.К., Абдикеримова М.М., Абдикеримов М.М., Жолдошев С.Т. Хронический гепатит С и DBX-инфекция // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2021. – № 6. – С. 57-62; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=13231>.
4. Салина Т.Ю., Морозова Т.И. Клинические проявления и эффективность лечения больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ-инфекция и гепатитом. *Туберкулез и болезни легких*. 2017;95(9):25-29. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-9-25-29>



5. Винницкая Е.В., Дроздов В.Н., Юнусова Ю.М., и др. Диагностическая значимость сывороточных маркеров фиброза при хронических заболеваниях печени. *Терапевтический архив*. 2013;85(2):27-31.
6. Скрыгина, Е. М. Особенности течения лекарственно-устойчивого туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С / Е. М. Скрыгина, Д. А. Ветушко // *Материалы научной сессии БГМУ*. — Минск, 2022. — С. 112–115.
7. Makarova NY, Valutite DE, Kichatova VS, et al. *Epidemiology and Genotype Distribution of Hepatitis C Virus in Russia*. *Pathogens*. 2022;11(12):1482.
8. Шентулина, А. Ф. Неинвазивная диагностика фиброза печени: роль сывороточных маркеров / А. Ф. Шентулина, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2015. — № 2. — С. 28–40.

ЭРАДИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В: ПРОГНОЗЫ НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Кимирилова О.Г., Харченко Г.А.

*Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань*

Настоящее исследование осуществляет всестороннюю оценку текущих и перспективных подходов к достижению стойкой функциональной ремиссии при хроническом гепатите В. Методология основана на интеграции данных доказательной медицины и результатов математического моделирования. Анализ выявил три патогенетических фенотипа заболевания, требующих различных терапевтических стратегий. Результаты подтверждают, что переход к персонализированной комбинированной терапии является необходимым условием для преодоления вирусной персистенции.

Ключевые слова: *Хронический гепатит В, функциональная ремиссия, ковалентно замкнутая циркулярная ДНК, малые интерферирующие РНК, ингибиторы капсида, иммунотерапевтические подходы, индивидуализированное лечение*

Введение. Хроническая HBV-инфекция продолжает оставаться глобальной проблемой общественного здравоохранения, затрагивая около 296 миллионов человек по всему миру [4]. Несмотря на достижения в области профилактической иммунизации и наличие эффективной супрессивной терапии аналогами нуклеоз(т)идов, достижение функциональной ремиссии, определяемой как устойчивая элиминация поверхностного антигена вируса, остается исключительным событием в клинической практике [1]. Фундаментальными препятствиями являются персистенция стабильного вирусного резервуара в форме ковалентно замкнутой циркулярной ДНК (cccDNA) в ядрах гепатоцитов и формирование вирус-индуцированной иммунологической толерантности [3]. Разработка принципиально новых классов фармакологических агентов, воздействующих на различные этапы жизненного цикла вируса и модулирующих иммунный ответ,

создает предпосылки для трансформации терапевтической парадигмы [2]. В данном исследовании представлен интегральный анализ перспектив достижения элиминации HBV-инфекции, основанный на конвергенции данных клинических исследований и результатов математического моделирования.

Цель исследования. Осуществить комплексный анализ современных и перспективных терапевтических стратегий, направленных на достижение функциональной ремиссии при хроническом гепатите В, оценить их потенциальную эффективность на основе систематизированного обзора клинических данных и математико-кинетического моделирования, а также определить ключевые векторы для реализации персонализированного лечебного подхода.

Материалы и методы. Работа выполнена по комплексному плану, интегрирующему два взаимодополняющих методологических направления: систематический анализ литературы и математическое моделирование вирусной динамики.

Систематический анализ клинических данных. С целью формирования актуальной доказательной базы был проведен систематический обзор клинических исследований перспективных противовирусных стратегий. Поиск релевантных публикаций осуществлялся в международных базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library и реестре ClinicalTrials.gov.

Критерии включения: период публикации с 2018 по 2024 год, дизайн исследований II–III фазы, фокус на новых классах терапевтических агентов, включая ингибиторы сборки капсида, малые интерферирующие РНК (siRNA) и антисмысловые олигонуклеотиды (ASO), ингибиторы проникновения вируса, терапевтические вакцины и иммуномодуляторы. Из отобранных работ экстрагировались количественные показатели эффективности (частота сероконверсии по HBsAg, динамика снижения виремии) и данные по безопасности. Методологическое качество рандомизированных контролируемых испытаний оценивалось по валидированной шкале Jadad.

Математическое моделирование вирусной динамики. Для прогнозной количественной оценки влияния терапевтических вмешательств на вирусный резервуар была разработана оригинальная многокомпарментная математическая модель. Эта модель описывает кинетику двух взаимосвязанных систем: популяции инфицированных гепатоцитов и внутриклеточного пула сссDNA. Ключевыми параметрами модели являются: скорость естественной деградации сссDNA, эффективность фармакологического ингибирования *de novo* образования сссDNA, интенсивность элиминации инфицированных гепатоцитов цитотоксическими лимфоцитами на фоне терапии. Численное интегрирование и параметрический анализ модели выполнялись в программной среде MATLAB, что позволило получить прогнозные кривые динамики вирусного резервуара и определить критические пороговые значения, необходимые для достижения иммунологического клиренса.

Результаты и обсуждение. В результате систематического анализа было оценено 127 публикаций и протоколов клинических исследований. Наиболее значимым выводом стало выявление синергического потенциала комбинированных стратегий. Анализ ранних исследований демонстрирует, что комбинация агентов, одновременно подавляющих продукцию HBsAg и нарушающих жизненный цикл вируса, увеличивает частоту потери HBsAg до 25–30%, что существенно превосходит эффективность монотерапии.

Математическое моделирование позволило установить несколько ключевых закономерностей: критическим порогом для инициации иммунологического клиренса является снижение количества копий ссcDNA на клетку ниже 0,01; монотерапия, согласно модели, требует более 10 лет непрерывного воздействия для достижения этого порога; комбинированная стратегия, одновременно воздействующая на продукцию HBsAg, образование новой ссcDNA и иммунную реакцию, сокращает этот срок до 1,5–3 лет.

На основе интеграции клинических данных и параметров модели предложена классификация пациентов по трем патогенетическим фенотипам: иммунодоминантный фенотип (низкая антигенная нагрузка при выраженном Т-клеточном истощении); вирусодоминантный фенотип (высокие уровни HBsAg и виремии); резистентный фенотип (отсутствие ответа на стандартные терапии). Полученные результаты формируют целостную концепцию, в которой эмпирические данные клинических исследований получают теоретическое обоснование через математическое моделирование. Ограниченная эффективность монотерапии объясняется в модели необходимостью одновременного преодоления нескольких компенсаторных механизмов вирусной персистенции.

Предложенная фенотипическая классификация и математическая модель создают основу для перехода от эмпирического подхода к рациональному дизайну клинических исследований и персонализированной терапии. Вместо поиска универсального решения, ресурсы должны быть сфокусированы на: валидации биомаркеров для идентификации фенотипов; оптимизации схем комбинированной терапии в зависимости от фенотипа; изучении долгосрочной безопасности иммуномодулирующих подходов.

Ограничения исследования включают зависимость модели от ряда допущений и экстраполяцию данных ранних исследований. Требуются масштабные клинические испытания, разработанные с учетом предложенной классификации.

Выводы. Конвергенция систематического анализа клинических данных и математического моделирования не только подтверждает необходимость комбинированных терапевтических стратегий, но и предлагает конкретный алгоритм для их разработки и тестирования. Переход к персонализированной терапии, основанной на патогенетическом фенотипировании пациентов, представляет собой наиболее перспективный путь к достижению функциональной ремиссии хронического гепатита В.

Список литературы:

1. *European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J. Hepatol. 2017.*
2. *Lok A.S., et al. Hepatitis B cure: From discovery to regulatory approval. Hepatology. 2017.*
3. *Revill P.A., et al. Global strategies are required to cure and eliminate HBV infection. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016.*
4. *World Health Organization (WHO). Hepatitis B Fact Sheet. 2024.*



СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ: БАРЬЕРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ И СТИГМАТИЗАЦИЯ

Корчагина Е.В., Алексеева О.И., Кобозева Н.Н.

*Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Ставрополь*

Резюме. Несмотря на успехи современной антивирусной терапии (далее АРТ), позволяющей перевести ВИЧ-инфекцию из разряда фатальных заболеваний в хроническое управляемое состояние, проблема качества жизни лиц, живущих с ВИЧ (далее ЛЖВ), остается ключевой для здравоохранения [4]. Успешная медицинская реабилитация не всегда гарантирует полную социальную интеграцию. Особенности диспансерного наблюдения, экономическая уязвимость ЛЖВ и внутренняя/внешняя стигма напрямую влияют на приверженность лечению и течение эпидемиологического процесса в регионе.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, лица, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), антиретровирусная терапия (АРТ), качество жизни, приверженность лечению, вирусологический контроль, стигматизация, дискриминация, социальная интеграция, экономическая уязвимость, логистические барьеры, психологическая адаптация, равное консультирование, деонтология

Цель работы. Изучить социально-психологические характеристики ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД».

Задачи исследования.

1. Выявить ключевые факторы, влияющие на качество жизни ЛЖВ.
2. Оценить уровень приверженности диспансерному наблюдению, лечению путем оценки достижения вирусологического контроля.
3. Определить основные логистические и социальные барьеры в получении медицинской помощи.
4. Оценить уровень стигматизации и психологической адаптации ЛЖВ.

Материалы и методы исследования:

Объект исследования: 100 человек, проживающих на территории Ставропольского края и состоящих на диспансерном учете в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» по поводу ВИЧ-инфекции. Источниками данных послужили результаты социологического анкетирования и статистические учетные формы наблюдения за пациентами.

Методы: Проведено поперечное социологическое исследование методом анкетирования. Период сбора данных: 10 октября – 18 декабря 2025 года. Инструментарий включал блоки вопросов по демографии, семейному положению, образованию, занятости, уровню дохода, времени с момента постановки диагноза, логистике получения АРТ, вирусной нагрузке (ВН), степени раскрытия статуса окружению, опыту дискриминации и потребности в психологической поддержке. [1] Обработка данных проводилась методами описательной статистики.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Ограничения исследования: Отсутствие контрольной группы без ВИЧ; риск социальной желательности ответов при вопросах о стигме.

Результаты. Гендерное распределение представлено почти равным соотношением мужчин (58%) и женщин (42%), городских (56%) и сельских жителей (44%). Доминирует активный трудоспособный возраст: доля лиц от 30 до 49 лет составила 62%. Лица старше 50 лет составили 24,9% опрошенных. Семейный статус свидетельствует о высокой социальной интеграции: состоят в браке – 60%, имеют постоянного партнера – 20%.

Уровень образования смещен в сторону среднего профессионального (37%) и общего/среднего (34%), высшее образование имеют лишь 29% опрошенных.

Экономическая активность сохраняется высокой (работают 67%), однако материальное положение поляризовано: у 52% денег хватает только на еду и одежду, а 28% живут в условиях выживания (хватает средств только на питание).

Финансовая уязвимость создает прямой риск прерывания лечения из-за невозможности оплатить проезд до центра СПИД [2].

Медицинские показатели демонстрируют высокую эффективность системы диспансерного наблюдения (общая приверженность составляет 93%). Регулярно принимают АРТ 65% пациентов, с незначительными перерывами – 28%. Неопределяемая вирусная нагрузка (далее ВН) достигнута у 47,5% респондентов. Вызывает тревогу, что 27,3% не знают свои показатели ВН. Это свидетельствует о пробелах в коммуникации врач-пациент или низкой заинтересованности пациентов в оценке эффективности проводимого лечения [3].

Главные логистические барьеры: удаленность медучреждения (37%) и очереди (32%).

Анализ уровня стигматизации и наличия фактов дискриминации выявил парадоксальную картину стигмы. Большинство скрывают статус: 12% не сказали никому, раскрыли семье (51%) или партнеру (29%). При этом 66% заявляют, что никогда не сталкивались с дискриминацией. Там же, где статус известен, основным источником дискриминации выступают медицинские организации (16%). Со слов респондентов дискриминация реализуется в виде проявлений страха, избегания и использования избирательных мер предосторожности.

Психологическая адаптация к диагнозу успешна у 62% опрошенных, но каждая пятая женщина живет в состоянии постоянной тревоги. Запрос на помощь огромен: около 44% хотели бы получать поддержку, однако обращение к профессиональным психологам крайне низкое (1%). Профессиональная психологическая помощь компенсируется опорой на семью (66%), религию (31%) и работу (27%), что несет риски эмоционального выгорания близких [5].

Обсуждение. Выявленный социальный профиль пациента (экономически активный гражданин 40 лет со средним профобразованием) разрушает стереотип об асоциальности ЛЖВ и подчеркивает важность работы с дискордантными парами. Высокая представленность старших возрастных групп подтверждает увеличение продолжительности жизни благодаря эффективной терапии.

Финансовая уязвимость четверти пациентов (28%) коррелирует с риском нарушения комплаенса. Тот факт, что все респонденты считают правильным бесплатное получение препаратов, указывает на критическую зависимость их жизни от государственной поддержки. Парадокс низкой видимой стигмы (66% отрицают дискриминацию) при высоком уровне сокрытия статуса объясняется скорее низкой видимостью диагноза в обществе, чем реальной толерантностью. Факт того, что главным местом столкновения



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

с дискриминацией являются медицинские организации (16%), требует ликвидации институциональной стигмы путем реализации образовательных программ по соблюдению деонтологических норм в отношении ЛЖВ в медицинских организациях края. Дефицит профессиональной психологической помощи диктует расширение взаимодействия с ВИЧ-сервисными социально ориентированными некоммерческими организациями с консультированием по типу «равный-равному».

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует необходимость комплексной междисциплинарной социальной и психологической поддержки ЛЖВ. Эффективность современной АРТ обеспечивает высокий уровень медико-социальной реабилитации, однако системные барьеры требуют управленческих решений.

Список литературы:

1. Беляева В.В., Дембинская Н.С., Кулабухова Е.И. Приверженность антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией: факторы риска прерывания лечения // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.* — 2023. — Т. 13, № 4. — С. 56–64.
2. Петрова И.В. Роль семьи и равного консультирования в формировании приверженности лечению у ЛЖВ // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии.* — 2023. — Т. 19, № 3. — С. 88–99.
3. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. ВИЧ-инфекция в регионах России: эпидемиологическая ситуация и эффективность региональных программ // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.* — 2024. — № 5. — С. 489–498.
4. Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. № 3468-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года» // *Собрание законодательства РФ.*
5. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулабухова Е.И. Психологические аспекты жизни с ВИЧ: внутренняя и внешняя стигма как предикторы нарушения диспансерного наблюдения // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.* — 2024. — № 1. — С. 112–120.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Корчагина Е.В., Алиева Ж.А.

*Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Ставрополь*

Введение. Токсоплазмоз головного мозга (ТГМ; церебральный токсоплазмоз) — одна из основных причин развития церебральных нарушений у больных на поздних стадиях заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Актуальность проблемы определяется трудностями своевременной клинической диагностики у лиц с



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

неустановленным диагнозом ВИЧ-инфекции, что приводит к несвоевременному началу лечения и высокой вероятности летальных исходов.

Цель. Целью настоящей работы является изучение особенностей течения ТГМ у пациентов, состоящих на диспансерном учете в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» по поводу ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования:

Материал исследования: Медицинские карты 22 пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых ТГМ был выявлен в период с 2020 по 2025 годы и получавших лечение. Возраст пациентов составил от 31 до 49 лет, мужчин – 16 (72,7%), женщин – 6 (27,3%).

Методы исследования:

- объективный осмотр пациентов;
- нейровизуализация (МРТ/КТ исследование головного мозга у 100% пациентов при установлении диагноза). МРТ/КТ-исследования головного мозга проводились на МРТ/КТ-томографах медицинских организаций Ставропольского края государственных и частных форм собственности;
- лабораторное определение антител классов IgM и IgG к T. gondii в сыворотке крови в клиничко-диагностической лаборатории ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» методом иммуноферментного анализа с использованием тест систем Вектор Тохо Ig-G и Вектор Тохо Ig-M.

Результаты. Анализ клинической картины ТГМ у данной когорты пациентов позволяет сделать следующие выводы.

На момент клинической манифестации ТГМ от момента установления диагноза ВИЧ-инфекции прошло:

- более 10 лет – 12 пациентов (54,5%),
- более 5 лет – 3 пациента (13,7%),
- менее 1 года – 7 пациентов (31,8%).

Иммунный статус пациентов в зависимости от уровня СД4 на момент установления диагноза составлял:

- СД4 менее 50 кл/мкл у 14 пациентов (63,6%),
- СД4 от 50 до 99 кл/мкл у 6 пациентов (27,3%),
- СД4 от 100 до 199 кл/мкл у 2 пациентов (9,1%).

У 20 пациентов на момент установления диагноза антиретровирусная терапия (АРВТ) отсутствовала, у двух – осуществлялась на фоне крайне низкой приверженности к лечению.

МР/КТ- картина при установлении диагноза:

- единичные очаги с суб- или супратенториальной локализацией визуализированы у 6 пациентов (27%),
- множественные очаги у 14 пациентов (64%),
- у 2-х пациентов (9%) при проведении МРТ без контрастирования изменения не были описаны.

МР-картина после проведенного лечения:

- участки кистозно-глиозной трансформации – 12 пациентов (54,5%),
 - признаки заместительной гидроцефалии – 2 пациента (9,1%),
 - изменения не описаны – 3 пациента (13,6%).
- 5 пациентов продолжают лечение – контрольное исследование не проводилось (22,8%).



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Таблица 1.

Варианты предварительных диагнозов в дебюте ТГМ

№ п/п	диагноз	абс.	%
1.	ТГМ, менингоэнцефалит (в т.ч. ЦМВ, герпетический)	8	36,3
2.	Эписиндром	5	22,7
3.	Объемное образование головного мозга	4	18,2
4.	ТИА, ОНМК	3	13,6
6.	Демиелинизирующее заболевание ЦНС	1	4,6
7.	Энцефалопатия с когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями	1	4,6

Таблица 2.

Клинические исходы ТГМ

№ п/п	вариант	абс.	%
1.	Структурная эпилепсия	2	9,1
2.	Астено-вегетативный, цефалгический синдром	5	22,7
3.	Двигательные нарушения (гемипарез, дискоординаторный синдром)	4	18,2
4.	Дизартрия	1	4,6
5.	Выраженные когнитивные и эмоционально-волевые нарушения	2	9,1
6.	Без нарушений	3	13,6
7.	Смерть	5	22,7

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют дебют ТГМ у пациентов с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях развития заболевания. У всех пациентов в соответствии с классификацией ВОЗ зарегистрированы показатели выраженной и значительно выраженной иммуносупрессии. Более чем в 68% случаев диагноз ВИЧ-инфекции был установлен в срок более 5 лет.

При лабораторном исследовании у одного пациента (4,5%) к *T. gondii* были выявлены Ig-M, у остальных пациентов – 21 человек (95,5%) – Ig-G.

При нейровизуализации множественные очаги выявлялись у 64% обследованных лиц. В исходе ТГМ в МРТ-картине преобладали очаги кистозно-глиозной трансформации – 54,5%. Атрофические изменения головного мозга в сочетании с заместительной гидроцефалией составили 9,1%.

На начальном этапе диагностики, особенно у пациентов с неизвестным ВИЧ-статусом, установление диагноза ТГМ крайне затруднено. Среди предварительных диагнозов доля ТГМ составила 36,3%, в 22,7% случаев пациенты госпитализировались с диагнозом эписиндром, в 18,2% случаев диагностировалось объемное образование головного мозга (в том числе при выписке из стационара), еще 13,6% пациентов получили медицинскую помощь с диагнозом ОНМК.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Лечение ТГМ проводилось в соответствии с Клиническими рекомендациями «ВИЧ-инфекция у взрослых», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, как в условиях стационара – у 20 пациентов (91%), так и в амбулаторных условиях – 2 пациента (9%).

В структуре последствий ТГМ у выживших пациентов преобладает астено-вегетативный синдром (22,7%), двигательные нарушения составляют 18,2%, нарушения психических функций в виде выраженных когнитивных и эмоционально-волевых нарушений выявлены у 9,1% пациентов, структурная эпилепсия у 9,1% пациентов. Летальный исход зарегистрирован у 22,7% пациентов.

Заключение. Проведенный анализ продемонстрировал, что неврологическая симптоматика церебрального токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированных пациентов не имеет специфических клинических проявлений и может быть схожей с рядом неврологических и инфекционных заболеваний. Сохраняется высокая летальность в данной когорте пациентов.

Таким образом, ранняя диагностика ВИЧ-инфекции, своевременное начало АРВТ, знание клинических особенностей в течении заболевания позволит избежать выраженных нарушений функций организма и снизит летальность у пациентов с церебральным токсоплазмозом головного мозга.

Список литературы:

1. Ермак Т.Н., Перегудова А.В. Многоликий портрет токсоплазмоза при ВИЧ-инфекции. *Инфекционные болезни* 2014; 1: 87—92.
2. Ермак Т.Н., Перегудова А.В. Локализация очагов при токсоплазмозе головного мозга у больных ВИЧ-инфекцией. *Терапевтический архив*. 2014;86(11):24-28.
3. Ermak TN, Peregudova AV. Location of foci in cerebral toxoplasmosis in HIV-infected patients. *Therapeutic Archive*. 2014; 86(11): 24-28. (In Russ.)
4. Иванова Л.Л., Зембатова С.Х., Дзуцева Ф.К., Борисенко Ю.Б. Хронический приобретенный токсоплазмоз с поражением головного мозга. *Материалы V Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням*. *Инфекционные болезни* 2013; 11.

ИНТЕРНЕТ И ФАКТОРЫ РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ И ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В Г. МОСКВЕ

Мольков Н.Ю., Покровский В.В.

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

Цель исследования. Изучение возможности использования интернета для получения информации об участии женщин коммерческих секс-работников (ЖКСР) в передаче ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Материалы и методы. В работе проанализирована информация, представленная в сети Яндекс на запросы сайта «m.intimcity.guru - интимсити проститутки, индивидуалки, реальные проститутки Москвы, анкеты проверенных индивидуалок с отзывами».



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Проанализировано 250 не дублированных анкет женщин, предлагающих свои услуги для занятий коммерческим сексом. В целях уточнения вопросов рисков заражения ВИЧ инфекцией и ИППП, по телефонной связи проведен опрос «потенциального клиента» с 50 работницами КС методом случайной выборки.

Результаты. В 100% случаев в анкетах предлагался «классический» и оральный секс, анальный секс предлагался в 42 (17%). В предложениях классического и анального секса не упоминалось использование презерватива. При оральном сексе в 140 (56%) анкетах указывалось, что услуги при осуществлении фелляции (минета) предоставляются как с презервативом, так и без.

Упоминаний о вопросах безопасного секса, профилактики ВИЧ и ИППП ни в одной анкете не имелось.

В ходе опроса по телефону от 50 абонентов получена информация, что в 100% случаев классического и анального секса подразумевается использование презерватива. При оральном сексе (минет) использование презерватива предполагается по желанию клиента и условиям КСР. Определены возможные риски, которые могут вызвать заражение ВИЧ и ИППП при пользовании услугами КСР.

Закключение. ЖКСР в г. Москве осведомлены о профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП, однако существует необходимость проведения постоянной информационной кампании по профилактике этих инфекций.

Ключевые слова: группа КСР, ВИЧ-инфекция, ИППП, презерватив, риски заражения, профилактика

Для цитирования: Н.Ю. Мольков, В.В. Покровский. Интернет и факторы риска распространения ВИЧ и возбудителей ИППП у женщин, предоставляющих сексуальные услуги в г. Москве.

Ежедневно происходит более 1 млн. случаев заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). По оценкам ВОЗ, только в 2020 г. в мире произошло около 374 млн случаев заражения одной из четырех ИППП – хламидиозом (129 млн), гонореей (82 млн), сифилисом (7,1 млн) и трихомониазом (156 млн). [1]. Помимо типичных возбудителей ИППП при половых контактах активно передаются вирусы папилломы человека, возбудители вирусных гепатитов В и С, вирусы простого герпеса и контагиозного моллюска, могут передаваться возбудители гепатитов А и Е, патогенные и условно-патогенные грибки и бактерии, а также паразиты: чесоточный клещ и лобковые вши. Кроме того, в последнее время происходят вспышки новых инфекций, которые могут передаваться при близком контакте и половым путем, в том числе оспы обезьян, вирусов Эбола и Зика, а также отмечено возвращение ИППП, которым ранее не уделялось достаточно внимания, в частности в России после долгих лет отсутствия, обнаружены случаи венерической лимфогранулемы, вероятно завозные [2,3]. Их распространение дополнительно осложняет оказание эффективной лечебно-профилактической помощи в связи с ИППП [4,5,6].

Распространенность ИППП среди разных групп населения крайне неравномерна, на ключевые, то есть наиболее уязвимые для заражения половым путем группы населения и их половых партнеров в 2022 г. приходилось около 94% новых случаев заражения ВИЧ в регионе Восточной Европы и Центральной Азии [7,8]. Во всем мире в 2024 г. среди взрослых людей (в возрасте от 15 до 49 лет) усредненная распространенность



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ВИЧ-инфекции составляла 0,7%, а среди коммерческих секс-работников (КСР) была значительно выше: 2,7%, однако по странам и группам обследованных пораженность КСР колебалась от 0 до 63,8%. [9].

Вероятно это объяснялось тем, что в состав обследованных разными исследователями КСР, то есть людей, оказывающих услуги сексуального характера за деньги, товары или наркотики, могли входить или не входить представители других уязвимых для ВИЧ групп населения, средняя мировая пораженность ВИЧ среди которых существенно выше: 7,6% – среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами (МСМ); 7,1% – среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ПИН); 8,5% – среди транс-гендеров [7,10].

Предполагается, что КСР подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ потому, что они по роду своей деятельности должны иметь много половых партнеров, но при этом имеют значение географический регион и конкретное место их активности, а также общая среда их деятельности: структура населения, доходы жителей и уровень бедности, дискриминация, а также особенности местного законодательства и обычаев, гигиенические практики и их доступность. Риски заражения КСР прямо связаны с доступностью презервативов и практикой их использования. В значительной степени пораженность КСР как ВИЧ, так и другими ИППП, зависит от общей заболеваемости и особенностей распространения этих инфекций в стране их пребывания, а также и от эффективности проведенных противоэпидемических мероприятий. Так в Зимбабве с 2016 г. по 2022 г. пораженность женщин КСР (ЖКСР) снизилась с 54,6% до 38,9%, что связывают с проведенными активными профилактическими вмешательствами [11]. В наиболее пораженных ВИЧ регионах Центральной и Южной Африки, при отсутствии там распространенной практики внутривенного введения наркотиков, главная роль полового пути в передаче ВИЧ ЖКСР не вызывает сомнения, однако в регионах с активной передачей ВИЧ при внутривенном употреблении наркотиков, этот путь передачи ВИЧ, а не половые контакты, может быть для ЖКСР более значимым. Экспертный анализ ситуации в Европейском регионе отнес внутривенное употребление наркотиков к главному пути передачи ВИЧ у ЖКСР, при этом авторы выявили, что пораженность ВИЧ ЖКСР, которые не принимали наркотики внутривенно, не превышает 1% [12]. Данные о значении внутривенного употребления наркотиков в заражении ЖКСР ВИЧ приводят и российские исследователи [13].

К концу 2024 г. в Российской Федерации с диагностированной ВИЧ-инфекцией жили 0,8% всего населения страны [14]. Эпидемия в большинстве регионов находилась в концентрированной стадии, характеризующейся преимущественным распространённостью ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, в том числе КСР [13,15]. Помимо этих сведений, в России именно в уязвимых группах параллельно с ВИЧ-инфекцией наблюдали высокую частоту выявления возбудителей ИППП и в частности, по данным ряда отечественных авторов, в группе КСР – свыше 29,0% [16].

В последние годы передача ВИЧ-инфекции в России осуществляется преимущественно при гетеросексуальных контактах, на которые по отчетным данным приходилось 80,9%, впервые выявленных и опрошенных о рисках заражения в 2024 г. инфицированных ВИЧ [17], в связи с чем можно предположить, что большую роль в распространении ВИЧ в России могут играть ЖКСР. Будучи уязвимым для ВИЧ контингентом, КСР являются потенциальным источником заражения своих клиентов, что увеличивает зна-



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

чимость КСР в распространении ИППП, в связи с чем профилактика распространения ВИЧ и ИППП среди КСР является общественно-полезным мероприятием. Однако единого мнения, как уменьшать роль КСР в распространении ВИЧ и ИППП, в мире нет, хотя эффективность обучения ЖКСР навыкам профилактики заражения ВИЧ трудно оспорить, сложнее это обучение организовать. В некоторых странах Европы считается, что полная легализация проституции, то есть приравнивание КСР к другим труженикам и налогоплательщикам, проходящим профессиональное обучение по методам защиты от заражения ИППП и строго контролируемым санитарными и полицейскими службами, может способствовать снижению преступности и уменьшению роли КСР в распространении ИППП. Интересно, что похожий подход пытались применять в крупных городах России до 1917 г. [18]. В настоящее время в некоторых странах Европы занятие проституцией не запрещено, но наказывается только организация проституции, а в нескольких странах наказываются не КСР, а лица, предлагающие женщинам или мужчинам оказать им услугу сексуального характера за плату. В большинстве других европейских стран, в том числе и в современной России, оказание сексуальных услуг за деньги считается противоправной деятельностью, и предполагается, что борьба с проституцией приведет и к снижению распространения ИППП. Под влиянием активной работы по борьбе с проституцией в Российской Федерации в последние годы произошло заметное изменение в организации деятельности ЖКСР: во многих городах исчезли ЖКСР, предлагающих услуги на улицах, значительно уменьшилось присутствие рекламы ЖКСР в печатных изданиях, но из-за развития новых способов коммуникации эти услуги стали активно предлагаться в сети «Интернет». Если предшествующие исследования, проведенные в Москве в 2017-2018 гг. показывали, что ВИЧ обнаруживался у 3,1% ЖКСР, и выявили достоверно более высокую распространенность ВИЧ и ИППП среди «уличных» ЖКСР, по сравнению с работающими в салонах, то в настоящее время обследование «уличных» проституток стало затруднительным, так как клиенты теперь ищут проституток посредством Интернета на специальных сайтах, предлагающих соответствующие услуги. Хотя сайты такого типа постоянно блокируются надзорными органами, они быстро появляются под новыми названиями и координатами, что указывает на сохранение спроса и предложений на подобные услуги. В то же время в «Интернет» может попадать информация, представляющая интерес для изучения эпидемиологических аспектов участия КСР в распространении инфекционных болезней.

Цель. Целью работы являлось изучение возможности использования интернета для получения информации об участии ЖКСР в передаче ВИЧ и ИППП.

Задачами работы явились:

- оценка эпидемиологической информативности рекламных публикаций ЖКСР в Интернете;
- оценка знаний и навыков ЖКСР, связанных с профилактикой передачи ВИЧ и возбудителей ИППП;
- выявление видов сексуальных практик ЖКСР с рисками заражения и передачи ВИЧ и ИППП.

Материалы и методы. В работе проанализирована информация, связанная с деятельностью ЖКСР представленная на 3 доступных (временно не заблокированных Роскомнадзором) сайтах об услугах ЖКСР в информационной системе Yandex в «Интернете» в период с 01.10.2025 по 01.11.2025, на которых была рассмотрена инфор-



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

мация, которая могла быть связана с возможностью передачи ВИЧ и ИППП. Наиболее полные сведения, представляющие интерес для исследования, были обнаружены на одном сайте, на котором, кроме того, представляли свои услуги наибольшее количество ЖКСР, и который был наиболее гомогенным по составу предлагающих услуги: на этом сайте было представлено около 5,5 тысяч анкет, принадлежащих в подавляющем большинстве женщинам, оказывающим сексуальные услуги мужчинам и женщинам с гомосексуальной ориентацией. Анкет мужчин КСР не было, присутствовали единичные анкеты транссексуалов, которые мы не включали в последующее исследование, так как эта группа связана с МСМ и имеет особые риски заражения.

Точное число женщин, участвовавших в рекламе на этом сайте, установить не удалось, так как число выставленных на сайте анкет ежедневно менялось, часть анкет принадлежала тем же самым «индивидуалкам», которых можно было идентифицировать как дублирующие анкеты одной женщины, и, напротив, под другими анкетами скрывались «салоны» с несколькими заменяющими друг друга ЖКСР.

По структуре все анкеты ЖКСР на используемом сайте были унифицированы организаторами и заполнялись самими ЖКСР. Указанный в анкетах возраст варьировал от 19 до 71 г., средний составил – 29 лет. В типовой анкете обнаруживался перечень и прейскурант услуг, которые могут быть связаны с возможной передачей ВИЧ и ИППП: секс «классический», «минет», «куннилингус» и «секс анальный». При более глубоком анализе анкет можно было выявить более подробную детализацию предложений. Под названием «классический секс» подразумевался контакт пенис-вагина, под терминами «минет» и «минет без презерватива» контакт пенис-рот (фелляция), под «куннилингус» (рот – наружные женские половые органы), под термином «анальный» – контакт пенис-анус, а «анилингус мне» и «анилингус вам» – анально-оральный контакт рот-анус. Упомянулась также возможность семяизвержения в рот или на тело ЖКСР, при котором можно допустить возможность передачи некоторых возбудителей. Во многих анкетах предлагались «услуги семейной паре», под которые вероятно допускался и контакт между женщинами типа куннилингус и анилингус.

Так как «классический» и «анальный» секс являются наиболее опасными в плане заражения ВИЧ, то особый интерес представляли данные об использовании презервативов. Однако в анкетах обнаруживались противоречия: только в 4 (1,6%) анкетах из 250 проанализированных (возраст КСР от 26 до 32 лет), в разделе пожеланий к клиенту, было специальное указание об обязательном использовании презерватива, но в то же время во всех анкетах предлагалась услуга орального контакта с презервативом, а часто услуга орального секса без презерватива предлагались с дополнительной оплатой. В связи с этим возникла необходимость уточнения вопроса об использовании презервативов. Методом случайной выборки по телефонной связи был дополнительно проведен опрос от якобы заинтересованного «потенциального клиента» с 50 абонентами, предоставляющими услуги, чей контактный телефон был указан в анкете, в беседе участвовали сами ЖКСР, дежурные администраторы по салону. При опросе обсуждались вопросы допустимости рискованного сексуального поведения: получения услуг без использования презерватива и общего отношения к профилактике ВИЧ и ИППП.

Результаты. В 100% анкет предлагался «классический» и «оральный» секс, анальный секс предлагался ЖКСР в 42 (17%) анкет из 250. В результате телефонного опроса была получена информация, что использование презерватива подразумевается в анкетах



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

в 100% случаев классического и анального секса. При оральном сексе использование презерватива предполагается по желанию клиента и условиям девушки (по дополнительной оплате или гигиене). В тоже время у 6 (12%) абонентов был получен ответ, что «без презерватива контакт (вагинальный или анальный) возможен за дополнительную плату», либо «данный вопрос можно отдельно решить при встрече». Такие ответы были получены от абонентов, которые представляли услуги в салонах, где расценки услуг были ниже средних, и по телефону предлагалось «потенциальному клиенту», с учетом его особых предпочтений, выбрать девушку «из свободного ассортимента в наличии, по договоренности».

При анализе услуг орального секса отмечено, что в 100% анкет представлены различные виды орального секса, включающие фелляцию куннилингус, анилингус (орально-анальный контакт). В 140 (56%) анкет указывалось, что услуги при осуществлении фелляции (минета) предоставляются как с презервативом, так и без, упоминалась необходимость гигиены, причем в 31(12,4%) анкете эта услуга без презерватива предлагались только с дополнительной оплатой. В 89 (36%) ЖКСР указали, что в 45 фелляции (18%) могут глотать семенную жидкость клиента, что само по себе не предполагает использования презерватива. Лишь в единичных анкетах использование презерватива при оральном контакте с пенисом клиента называлось обязательным условием. Интересно, что постоянное предоставление отдельной услуги «минет с презервативом» указывало, на то, что требование постоянного использования презерватива может исходить и от клиента.

Куннилингус предлагался в 227 (91%) анкет, анилингус в 147 (59%), причем последний в 91 (62%) предложений предлагался сделать только самой КСР, а не клиенту. Очевидно, что и при таких видах половых контактов какие-либо барьерные методы предупреждения заражения ИППП не использовались, а при анилингусе могли передаваться и инфекции с фекально-оральным путем передачи. Среди других услуг, которые могут приводить к передаче ИППП, в некоторых анкетах упоминалась использование «игрушек», на которых может переноситься инфицированный материал, а также садо-мазохистские услуги с вероятной повышенной травматизацией половых органов, которая также может повысить риск передачи ВИЧ и гепатитов В и С. В перечень услуг также входили различные виды массажа: классический, профессиональный, расслабляющий, урологический, эротический, с которыми также может быть связана передача некоторых возбудителей ИППП, бактерий, грибов и паразитов.

Непосредственных упоминаний о «безопасном сексе» или профилактике ВИЧ и ИППП ни в одной анкете не имелось. Некоторые ЖКСР упоминали о наличии у них справок о недавнем обследовании на ВИЧ и другие инфекции.

В контексте большинства анкет подразумевался прием душа клиентом, так постоянно упоминалось предоставление чистого полотенца, в 12 (4,8%) анкетах отмечено наличие у КСР предметов гигиены, смазок и антисептиков (мирамистин), в 4 (1,6%) в своих характеристиках девушки информируют потенциальных клиентов, что следят за здоровьем, регулярно сдают анализы. При телефонном опросе у 24 (48%) абонентов был получен ответ, что имеются средства личной гигиены, в том числе и для профилактики инфекций (мирамистин).

Обсуждение. Полученная нами в ходе изучения сайта информация свидетельствует о существенной роли Интернета в организации и деятельности бизнеса ЖКСР, и о его возможном влиянии на распространение ВИЧ и других ИППП. При этом влияние



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Интернета может иметь как негативное, так и позитивное значение. С одной стороны, на изученном сайте можно обнаружить рекомендации по организации незаконного бизнеса, а с другой – сведения о мерах по предупреждению нежелательных для здоровья последствий этой деятельности. Так как сайт регулярно посещается как потенциальными клиентами, так и самими ЖКСР в целях повышения конкурентоспособности, то он должен способствовать повышению уровня безопасности и клиентов и самих ЖКСР.

Важной информацией, полученной в нашем исследовании, являются сведения о том, что использование презерватива при вагинальных и анальных контактах с пенисом клиента является хорошо известным московским ЖКСР методом предупреждения заражения ВИЧ и другими ИППП. Хотя данное исследование не может подтвердить, что большинство ЖКСР действительно постоянно используют презерватив с клиентами при вагинальном и анальном контактах, тем не менее хорошая осведомленность ЖКСР об этом способе профилактики не вызывает сомнения. То, что презерватив одинаково постоянно используется ЖКСР как при вагинальных, так и при анальных контактах подтверждает, что он применяется для предупреждения инфицирования, а не только как противозачаточное средство. К позитивным наблюдениям относятся упоминания о приеме душа, других гигиенических процедур. Все это указывает на факторы, которые могут существенно отличать условия деятельности ЖКСР и их риски участвовать в распространении ВИЧ и ИППП в странах и городах с разным материальным уровнем жизни населения.

Однако вероятность заражения ВИЧ и ИППП без использования презерватива имеется не только при вагинальном и анальном сексе, но и при оральном сексе. При этом кроме ВИЧ, случаи заражения которым при оральном сексе довольно редки [19,20,21], при оральных формах контактов с разной степенью вероятности могут передаваться еще более 30 различных бактерий, вирусов и паразитов [1,22,23]. Кроме классического и анального секса, оральный секс также может быть фактором риска передачи сифилиса, гонореи, вирусов герпеса, хламидиоза, вируса папилломы человека и других инфекций, при анилингусе имеется риск заражения гепатитом А и В, кишечной палочкой, кампилобактериозом, шигеллезом, сальмонеллезом и некоторыми кишечными паразитами [4,23,24,25].

Вероятно, что ЖКСР не знают о возможности заражения при оральном контакте или недооценивают его опасность, по крайней мере в отношении других, кроме ВИЧ, возбудителей.

Следует принимать во внимание, что от 50 до 80% всех случаев ИППП у женщин остаются нераспознанными, поскольку их проявления либо отсутствуют, либо незаметны. По данным ряда авторов наличие нелеченных ИППП у одного из партнеров, многократно повышает риск передачи ВИЧ – инфекции [4,25].

Готовность части ЖКСР в г. Москве к использованию за дополнительную плату рискованного поведения – вагинального и анального секса при отсутствии презерватива, различные практики орального секса, зависимость применения рискованных сексуальных практик от количества финансовых вложений клиента, «иных договоренностей» свидетельствует о сохраняющемся, но более низком, чем можно было предполагать, участии ЖКСР в распространении ВИЧ и ИППП среди жителей г. Москвы. Большая вероятность оказания рискованных услуг за дополнительную плату в «салонах», предполагает,



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

что там работают менее обеспеченные и менее опытные ЖКСР, вероятно нуждающиеся в средствах приездие, на что указывает значительное количество прилагаемых к анкетам фотографий азиатской и африканской внешности – 16%. Значительная часть ЖКСР начинает заниматься коммерческим сексом, когда у них вырабатывается зависимость от наркотиков, и на покупку которых постоянно требуются деньги, а употребление наркотиков является важнейшим риском заражения ВИЧ для ЖКСР в Европе [26]. Риском заражения ВИЧ для ЖКСР является и то, что по данным некоторых исследований ЖКСР значительно реже пользуются презервативами при контактах с «не коммерческими» и постоянными партнерами [27]. К сожалению, апробированный нами метод исследования не позволяет оценить эти риски ЖКСР. По данным об обследовании на антитела населения РФ в 2024 г. процент новых выявленных ВИЧ-инфицированных среди обследованных КСР мужского пола в 2023 и 2024 гг. составил соответственно 1,1% и 1%, а ЖКСР – 0,07% и 0,02%, в то время как заболеваемость среди всех женщин была в те же годы 0,11% и 0,10%, что также может свидетельствовать о сравнительно малой роли ЖКСР в распространении ВИЧ [28].

В открытых сайтах Интернета можно выявить рекламные публикации об услугах, предоставляемых ЖКСР, которые позволяют получить данные о знаниях и навыках этой группы в области профилактики заражения ВИЧ и ИППП. Данное исследование показало, что ЖКСР, практикующие в г. Москве, имеют представление о возможности предотвращения передачи ВИЧ и ИППП с помощью презервативов и в большинстве случаев используют их при наиболее опасных в плане заражения сексуальных контактах, однако ЖКСР недооценивают или игнорируют риски заражения ИППП при других формах контактов, при которых возможна также передача возбудителей инфекций с фекально-оральным и контактными механизмами передачи.

Заключение. Использование данных, взятых из размещенных в интернете рекламных предложений ЖКСР позволяют, наряду с различными формами опроса ЖКСР, получить дополнительные представления об их участии в распространения ИППП. По сравнению с результатами опросов общего населения, которые проводились ранее [29] создается впечатление, что ЖКСР осведомлены о профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП. В тоже время использованная нами методика не позволяет определить пораженность ЖКСР ВИЧ и их риски заразиться ВИЧ, которые могут произойти при внутривенном введении наркотиков и при половых контактах не с клиентами. Данные, полученные при исследовании анкет ЖКСР и материалов устного опроса, показывают, что их участие в распространении ВИЧ в г. Москве, возможно, не столь значительно, как в развивающихся странах, и в некоторых других городах России [7,13,15], что вероятно связано с хорошей осведомленностью ЖКСР, с более высокими доходами населения, позволяющими включать в стоимость услуг цену презервативов, а также пользоваться гигиеническими процедурами, недоступными жителям развивающихся стран. Если исключить ЖКСР, потребляющих наркотики внутривенно, то распространенность ВИЧ среди КСР не должна превышать среднего уровня распространенности среди женского населения соответствующих возрастных групп [12,13].

Можно сделать предположение, что дамы, профессионально занимающиеся этим бизнесом и планирующими его дальнейшее продолжение, стали больше уделять внимания состоянию своего здоровья в соответствии с общественной ориентацией на «здоровый образ жизни». По сведениям о стоимости услуг ЖКСР, которые мы намеренно



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

не включаем в приводимые данные, чтобы не участвовать в рекламе этого незаконного предпринимательства, на секс без презервативов, как правило, соглашались КСР, предлагавшие услуги за более низкую цену и работавшие не как «индивидуальные предприниматели», а на организаторов этого бизнеса. Вероятно, это были девушки, приехавшие из ближнего и дальнего зарубежья, о чем косвенно свидетельствовали размещенные фотографии и псевдонимы.

В группе ЖКСР имеются значительные резервы для проведения информационной кампании по профилактике ВИЧ и ИППП, и, в частности, о путях передачи инфекции, что влияет и на уровень знаний их клиентов-наимателей. Недостаток информации и непонимание рисков повышают вероятность заражения, низкий уровень ответственности и осведомленности о методах защиты от ВИЧ-инфекции и ИППП влияет на дальнейшее их распространение в этой ключевой группе.

Указанные проблемы диктуют необходимость создания для группы КСР особых подходов и профилактических программ, которые должны включать мероприятия по информированию и консультированию по вопросам, связанным с профилактикой ВИЧ, ИППП, о правилах защищенного секса, распространению средств индивидуальной профилактики, обучению навыкам, обеспечивающим снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией, а также мероприятия по обеспечению доступа КСР к своевременной социальной и медицинской помощи.

Список литературы:

1. Бюллетень ВОЗ 10.09.2025г.
WHO Bulletin 10.09.2025
2. Дмитриюкова М.Ю., Беляков И.С., Тюленев Ю.А. [и др.]. Факторы, ассоциированные с высоким распространением высокоонкогенных типов ВПЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами// Молекулярная диагностика. – 2021. – 41 с. Сборник материалов конференции РУДН.
Dmitryukova M.Yu., Belyakov I.S., Tyulenev Yu.A. [et al.]. FACTORS ASSOCIATED WITH A HIGH PREVALENCE OF HIGH-ONCOGENE HPV TYPES AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN // Molecular Diagnostics. – 2021. – 41 p. Collection of materials from the RUDN Conference.
3. Дмитриюкова М.Ю., Беляков И.С., Тюленев Ю.А., Новоселова Е.А., Сенина М.Е., Суровцев В.В., Гушчин А.Е. Возможности применения ПЦР для выявления ВПЧ ВКР, ассоциированных с развитием онкологической патологии анального канала. Молекулярная диагностика. 2021. 45-46 с. Сборник материалов конференции РУДН.
Dmitryukova M.Yu., Belyakov I.S., Tyulenev Yu.A., Novoselova E.A., Senina M.E., Surovtsov V.V., Gushchin A.E. POSSIBILITIES OF PCR APPLICATION FOR DETECTION OF HPV VKR ASSOCIATED WITH DEVELOPMENT OF ONCOLOGICAL PATHOLOGY OF THE ANAL CANAL. Molecular Diagnostics. 2021. 45-46 p. Collection of materials from the RUDN Conference.
4. Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiological relationships between classic sexually transmitted diseases and HIV: what do we really know? *Sex Transm Dis.* 2001, 28 (10): 579–597.
10.1097/00007435-200110000-00005.

5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313.
6. Unemo M, Lahra MM, Escher M, Eremin S, Cole MJ, Galarza P, Ndowa F, Martin I, Dillon JR, Galas M, Ramon-Pardo P, Weinstock H, Wi T. WHO global antimicrobial resistance surveillance (GASP/GLASS) for *Neisseria gonorrhoeae* 2017-2018: a retrospective observational study. *Lancet Microbe* 2021; 2: e627–36.
7. AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025 UNAIDS, Geneva, 2025. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>.
8. The urgency of now: AIDS at a crossroads. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaid-global-aids-update_en.pdf
9. UNAIDS GLOBAL AIDS UPDATE FACTSHEET. Sex workers are disproportionately affected by HIV https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/thematic_fs_hiv_sex_workers.pdf.
10. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. UNAIDS, 2025. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
11. Decline in HIV prevalence among female sex workers in Zimbabwe between 2013 and 2023 Sungai T. Chabata, Harriet S. Jones, Tsitsi Hove, M. Sanni Ali *Nature Communications* volume 16, Article number: 10912 (2025).
12. Platt L, Jolley E, Rhodes T, et al Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis *BMJ Open* 2013;3:e002836. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002836.
13. Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Зайцева Е. Е., Баринова А. Н. Пораженность ВИЧ-инфекцией среди уязвимых групп населения в России - результаты интегрированного биоповеденческого исследования в 2017 г. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. – 2018. – № 6. – С. 10-18. – DOI 10.36233/0372-9311-2018-6-10-18.
Plavinskiy S.L., Ladnaya N.N., Zaytseva E.E., Barinova A.N. Prevalence of HIV infection among vulnerable groups in Russia — results of the integrated bio-behavioral study in 2017. *Journal of microbiology, epidemiology and immunobiology*. 2018; (6): 10-18 (In Russ.) – DOI 10.36233/0372-9311-2018-6-10-18.
14. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. 424 с.
On the State of Sanitary and Epidemiological Well-Being of the Population in the Russian Federation in 2024: State Report. Moscow: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2025. 424 p.
15. Плавинский С.Л., Ладная Н.Н., Баринова А.Н., Зайцева Е.Е. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации. Результаты биоповеденческого исследования 2017 г. М., 2018. 136 с. EDN YWAFDV.

- Plavinskiy S.L., Ladnaya N.N., Zaytseva E.E., Barinova A.N. Prevalence of HIV infection and risky behavior among vulnerable groups in 7 regions of Russian Federation, results of bio-behavioral study, 2017, 2018, 138 P. (in Russian). EDN YWAFDV
16. Попова А.А., Покровская А.В., Шедько Е.Д., Громова А.В., Скачкова Т.С., Головешкина Е.Н., Барский К.А., Калинин А.А., Пчелин И.В. Частота выявления инфекций, передаваемых половым путем, по результатам скрининга трех анатомических локусов у пациентов из групп риска. *Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр.* 2021; 11(4), стр 73-79. DOI: 10.18565/epidem.2021.11.4.
Popova A.A., Pokrovskaya A.V., Shedko E.D., Gromova A.V., Skachkova T.S., Goloveshkina E.N., Barsky K.A., Kalinin A.A., Pchelin I.V. The frequency of detection of sexually transmitted infections based on the results of screening of three anatomical loci in patients at risk of epidemiology. *infection. diseases. Relevant.* 2021; 11(4), pp 73-79. DOI: 10.18565/epidem.2021.11.4.
17. Ладная Н.Н., Покровский В.В. Эпидемическая ситуация по инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита в России в 2024 г. *Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр.* 2025; 15(3). DOI: 10.18565/epidem.2025.15.3.
Ladnaya N.N., Pokrovsky V.V. Epidemic Situation of HIV Infection in Russia in 2024. *Epidemiol. Infect. Diseases. Actual Issues.* 2025; 15(3). DOI: 10.18565/epidem.2025.15.3.
18. Герценштейн Г.А. Проституция. *Энциклопедический словарь изд. Брокгауза и Эфронъ*, 1898, т. 50, с. 479-486.
Herzenstein G.A. Prostitution. *Encyclopedic Dictionary, ed. Brockhaus and Efron*, 1898, vol. 50, p. 479-486.
19. Becerra JC, Bildstein LS, Gach JS. Recent insights into the HIV/AIDS pandemic. *Microb Cell.* 2016;3(9):451-475. doi:10.15698/mic2016.09.529.
20. Wood LF, Chahroudi A, Chen HL, Jaspan HB, Sodora DL. The oral mucosa immune environment and oral transmission of HIV/SIV. *Immunol Rev.* 2013 Jul;254(1):10.1111/jmr.12078. doi:10.1111/imr.12078.
21. Malamud D, Wahl SM. The mouth: a gateway or a trap for HIV? *AIDS.* 2010;24(1):5-16. doi:10.1097/QAD.0b013e328333525f.
22. Попова А.А., Домонова Э.А., Головешкина Е.Н., Громова А.Н., Махова Т.И., Петров А.С., Корнев Д.А., Барский К.А., Покровская А.В. Скрининг возбудителей ИППП в уязвимых группах вне медицинских учреждений: самостоятельное взятие мазка из анального канала. *Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр.* 2022; 12(3). DOI: 10.18565/epidem.2022.12.3. 46-53.
Popova A.A., Domonova E.A., Goloveshkina E.N., Gromova A.N., Makhova T.I., Petrov A.S., Korenev D.A., Barsky K.A., Pokrovskaya A.V. Screening for STI pathogens in vulnerable groups outside medical institutions: self-collection of an anal swab. *Epidemiol. Infect. Diseases. Actual.* 2022; 12(3). DOI: 10.18565/epidem.2022.12.3. 46-53.
23. Ришчук С.В. Оральный секс и половые инфекции. *Информационно-просветительский журнал МЗ России «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания», раздел ЗППП.* – 2006. – № 15.
Rishchuk S.V. Oral sex and sexually transmitted infections. *Information and educational journal of the Ministry of Health of the Russian Federation “Tuberculosis, HIV/AIDS, Alcoholism, Drug Addiction”, section on sexually transmitted diseases.* – 2006. – No. 15.

24. Harfouche M, AlMukdad S, Alareeki A, Osman AMM, Gottlieb S, Rowley J, Abu-Raddad LJ, Looker KJ. Estimated global and regional incidence and prevalence of herpes simplex virus infections and genital ulcer disease in 2020: mathematical modelling analyses. *Sex Transm Infect.* 2025 May 19;101(4):214-223. doi: 10.1136/sextrans-2024-056307. PMID: 39658199.
25. Ward H., Rønne M. Contribution of sexually transmitted infections to sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS.* 2010, 5 (4): 305-310. 10.1097/COH.0b013e32833a8844.
26. Azim T, Bontell I, Strathdee S.A. 2014 Woman, drugs and HIV. *Int. J. Drug Policy* 9(17). S0955-3959(14)00265-5.
27. Годунова Ю., Плетнева Е., Яковлева А., Мишенчиев К. Доступ к презервативам. Результаты исследования в ключевых группах населения. Ассоциация «Ева» Санкт-Петербург 2020г. с. 21-22.
Godunova Yu., Pletneva E., Yakovleva A., Mishenchiev K. Access to condoms. Results of a study in key population groups. Association "Eva" St. Petersburg 2020, pp. 21-22.
28. В.В.Покровский, Н.Н.Ладная, Е.В.Соколова. Информационный бюллетень № 50 - Москва, 2025г. -79с. Референс Центр по мониторингу за ВИЧ и ВИЧ-ассоциированными инфекциями. ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.
V.V. Pokrovsky, N.N. Ladnaya, E.V. Sokolova. Information Bulletin No. 50-Moscow, 2025. -79p. Reference Center for Monitoring HIV and HIV-Associated Infections. Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of Epidemiology of the Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing.
29. ВЦИОМ. Большая тема: россияне о ВИЧ и СПИДе. Аналитический обзор. 18.05.2023; #222; press@wciom.com
VTsIOM. A sensitive topic: Russians on HIV and AIDS. Analytical review. 18.05.2023; #222; press@wciom.com

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, И ИХ СЕМЕЙ: СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

Пелешок А.А., Баваров О.А., Савина В.А., Горичный В.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Резюме. В статье представлен аналитический обзор современных подходов к медико-социальной поддержке людей, живущих с ВИЧ, и их семей. На основании российских клинических рекомендаций, документов Всемирной организации здравоохранения, публикаций Военно-медицинской академии и систематических обзоров обоснована необходимость интеграции медицинской помощи, психологического консультирования, социальной и правовой навигации, равной поддержки. Предложена семейно-ориентированная модель сопровождения, включающая оценку потребностей и рисков, совместный план помощи, поддержку антиретровирусной терапии, безопасное вовлечение



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

семьи, профилактику выпадения из наблюдения и мониторинг клинических и социальных результатов. Показано, что семья может быть как ресурсом приверженности и качества жизни, так и источником стигматизации, контроля или угрозы разглашения диагноза; поэтому ее участие должно основываться на добровольности, конфиденциальности и безопасности пациента.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; люди, живущие с ВИЧ; семья; медико-социальная поддержка; приверженность; стигма; равное консультирование; социальная навигация

Цель. Обосновать семейно-ориентированную модель медико-социальной поддержки людей, живущих с ВИЧ, определить ее основные компоненты, ожидаемые результаты и условия внедрения в систему длительного сопровождения.

Материалы и методы. Выполнен аналитический обзор российских и международных нормативно-методических документов и научных публикаций. Целевой поиск проведен по материалам Минздрава России, ВОЗ, ЮНЭЙДС, PubMed и профильных российских журналов. Рассматривались источники, посвященные непрерывности помощи, приверженности антиретровирусной терапии (АРТ), социальной и равной поддержке, стигме, психическому здоровью и семейным вмешательствам. Приоритет отдавался рекомендациям 2024-2026 годов, систематическим обзорам и публикациям, отражающим российскую практику. Анализ выполнен по четырем блокам: клиническая непрерывность, психологическая и семейная поддержка, социально-правовая защита, межведомственная маршрутизация.

Результаты и обсуждение.

ВИЧ-инфекция как хроническое заболевание и задача удержания в помощи

К концу 2024 года в мире с ВИЧ жили около 40,8 млн человек; 77% получали АРТ, а у 73% была достигнута вирусная супрессия [14]. Эти показатели одновременно отражают эффективность лечения и сохраняющийся разрыв между диагностикой, назначением препаратов и устойчивым клиническим контролем. Российские клинические рекомендации определяют лечение как пожизненное и предусматривают выявление барьеров приверженности, консультирование перед началом АРТ и поддержку пациента в ходе наблюдения [1]. ВОЗ в актуальном руководстве по организации помощи также рассматривает человекоцентричность, интеграцию служб и возвращение выпавших из лечения как обязательные элементы эффективной системы [12].

Опыт начала АРТ в военно-медицинской организации показывает практическую значимость раннего назначения современной терапии, последовательного наблюдения и контроля эффективности [3]. Однако клинический результат зависит не только от выбора схемы. Пропуски приема могут быть связаны с депрессией, употреблением психоактивных веществ, нестабильным жильем, насилием, страхом разглашения диагноза, необходимостью ухода за детьми или негативным опытом взаимодействия с учреждениями. Поэтому оценка социальной ситуации должна быть частью клинического маршрута.

Семья: ресурс поддержки и возможная зона риска

Семья может помогать соблюдать режим лечения, сопровождать на приемы, снижать тревогу и поддерживать родительские и репродуктивные решения. Семейно-центрированные модели способны уменьшать фрагментацию помощи и укреплять связь с лечением [8]. Одновременно родственники могут становиться источником давления, стигматизации, контроля или угрозы разглашения. Следовательно, семейно-ориенти-



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

рованный подход не равнозначен обязательному привлечению близких: участие семьи допустимо с согласия пациента и после оценки безопасности, конфиденциальности и характера отношений.

Наиболее востребовано семейное сопровождение при беременности и рождении ребенка, в серодискордантной паре, при переходе подростка во взрослую службу, утрате трудоспособности и тяжелой сопутствующей патологии. Информация о том, что при неопределяемой вирусной нагрузке и устойчивом приеме АРТ риск передачи ВИЧ половому партнеру равен нулю, должна сообщаться корректно и вместе с разъяснением условий поддержания супрессии [15].

Социальная, равная и цифровая поддержка

Метаанализ вмешательств социальной поддержки подтвердил улучшение приверженности АРТ [7]. Эффективная помощь включает эмоциональную поддержку, понятное обучение, содействие в получении документов и льгот, маршрутизацию к медицинским и социальным службам, помощь в кризисных ситуациях. Данные исследования с участием сотрудников Военно-медицинской академии о ВИЧ-инфекции среди бездомных жителей Санкт-Петербурга показывают, что отсутствие документов и стабильного жилья реально ограничивает доступ к обследованию и лечению [2]. Это подтверждает необходимость выездных, низкопороговых и межведомственных форм сопровождения.

Равные консультанты помогают установить доверительный контакт, подготовиться к началу АРТ, вернуться после перерыва и найти общественные ресурсы. Систематический обзор показал улучшение приверженности, удержания в помощи и вирусологических исходов при персонализированной равной поддержке [5], однако устойчивость программ зависит от обучения консультантов, супервизии и их встраивания в реальные процессы оказания помощи [6, 9]. Цифровые вмешательства могут дополнять очное сопровождение: метаанализ рандомизированных исследований выявил их потенциал для снижения стигмы, усиления социальной поддержки и улучшения качества жизни [16]. Они не должны заменять личный контакт у пациентов с кризисом, цифровым неравенством или риском нарушения конфиденциальности.

Стигма, психическое здоровье и социально-правовая защита

Стигма связана с ухудшением психического здоровья, приверженности, удержания в помощи и перехода молодых пациентов во взрослую службу [10]. В структуру первичной оценки целесообразно включать краткий скрининг депрессии, тревоги, суицидального риска, употребления психоактивных веществ и насилия с заранее определенным маршрутом к профильным специалистам. Обзоры вмешательств при социальной изоляции показывают неоднородность доказательной базы; поэтому формат поддержки следует подбирать по индивидуальным потребностям, а не ограничивать универсальной групповой программой [17].

Федеральный закон N 38-ФЗ закрепляет гарантии медицинской помощи и недопустимость ограничения прав людей, живущих с ВИЧ [4]. Практическая правовая навигация должна охватывать вопросы медицинской тайны, трудовых отношений, социальной помощи и защиты от дискриминации. Глобальная стратегия ВОЗ и обновление ЮНЭЙДС также подчеркивают необходимость устранять структурные барьеры и неравенство [11, 13].

Семейно-ориентированный маршрут сопровождения

Предлагаемая модель включает семь последовательных, но гибко повторяемых этапов: 1) комплексную оценку медицинских, психологических, семейных и социальных потребностей; 2) совместное формирование индивидуального плана; 3) начало или оптимизацию АРТ и контроль вирусной нагрузки; 4) семейное консультирование при добровольном согласии пациента; 5) социальную, правовую и равную навигацию; 6) профилактику выпадения из помощи и активное возвращение после перерыва; 7) регулярный пересмотр плана по клиническим и социальным результатам.

Клиническими показателями служат вирусная супрессия, сохранение диспансерного наблюдения и отсутствие необоснованных перерывов АРТ. Психосоциальные результаты включают снижение дистресса и стигмы, безопасность семейной среды, восстановление документов и доступа к услугам, субъективную удовлетворенность помощью. Для внедрения необходимы междисциплинарная команда, единые алгоритмы маршрутизации, супервизия, защищенный обмен информацией и партнерство с социальными службами и некоммерческими организациями.

Выводы.

1. Клиническая эффективность АРТ реализуется только при непрерывном, доступном и недискриминационном сопровождении человека, живущего с ВИЧ.
2. Вовлечение семьи должно быть добровольным и безопасным; решение о раскрытии статуса принадлежит пациенту в пределах действующего законодательства.
3. Социальная, равная и психологическая поддержка являются клинически значимыми компонентами помощи, поскольку влияют на приверженность и удержание в лечении.
4. Предлагаемая модель объединяет оценку потребностей, индивидуальный план, поддержку АРТ, семейное консультирование, социально-правовую навигацию и мониторинг результатов.
5. Приоритетного интенсивного сопровождения требуют пациенты с высоким риском выпадения из помощи, включая лиц без стабильного жилья, подростков и молодых взрослых, беременных и людей после перерыва АРТ.

Список литературы:

1. ВИЧ-инфекция у взрослых : клинические рекомендации : ID 79 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва, 2024. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/79_2
2. Иевков С. А. ВИЧ-инфекция у бездомных людей в Санкт-Петербурге в 2021 году / С. А. Иевков, М. А. Булыгин, А. В. Кушнир [и др.]. - DOI 10.22328/2077-9828-2022-14-3-86-93 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2022. - Т. 14, N 3. - С. 86-93.
3. Козлов К. В. Опыт начала антиретровирусной терапии в военно-медицинской организации / К. В. Козлов, М. А. Булыгин, В. Д. Шамигулов [и др.]. - DOI 10.22328/2077-9828-2024-16-4-73-80 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2024. - Т. 16, N 4. - С. 73-80.
4. Российская Федерация. Законы. Опредупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) : Федеральный закон N 38-ФЗ : принят Государственной Думой 24 февраля 1995 года. - URL: <https://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102034858>



5. Berg R. C. *The effectiveness of peer-support for people living with HIV: a systematic review and meta-analysis* / R. C. Berg, S. Page, A. Ogaard-Repal. - DOI 10.1371/journal.pone.0252623 // PLoS ONE. - 2021. - Vol. 16, no. 6. - Article e0252623.
6. Han S. *The effectiveness and sustainability of peer support interventions for persons living with HIV: a realist synthesis* / S. Han, Y. Zhang, X. Yang [et al.]. - DOI 10.1136/bmjgh-2022-010966 // BMJ Global Health. - 2023. - Vol. 8, no. 2. - Article e010966.
7. Jorjoran Shushtari Z. *Effect of social support interventions on adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis* / Z. Jorjoran Shushtari, Y. Salimi, H. Sajjadi, T. Paykani. - DOI 10.1007/s10461-022-03894-0 // AIDS and Behavior. - 2023. - Vol. 27, no. 5. - P. 1619-1635.
8. Leeper S. C. *Lessons learned from family-centred models of treatment for children living with HIV: current approaches and future directions* / S. C. Leeper, B. T. Montague, J. F. Friedman, T. P. Flanigan. - DOI 10.1186/1758-2652-13-S2-S3 // Journal of the International AIDS Society. - 2010. - Vol. 13, suppl. 2. - Article S3.
9. Ogaard-Repal A. *Peer support for people living with HIV: a scoping review* / A. Ogaard-Repal, R. C. Berg, M. Fossum. - DOI 10.1177/15248399211049824 // Health Promotion Practice. - 2023. - Vol. 24, no. 1. - P. 172-190.
10. Perger T. *Impact of HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence, engagement and retention in HIV care, and transition to adult HIV care in pediatric and young adult populations living with HIV: a literature review* / T. Perger, M. Davtyan, C. Foster [et al.]. - DOI 10.1007/s10461-024-04534-5 // AIDS and Behavior. - 2025. - Vol. 29. - P. 497-516.
11. UNAIDS. *Global AIDS Update 2025: AIDS, Crisis and the Power to Transform*. - Geneva : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2025. - URL: <https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025>
12. World Health Organization. *Consolidated HIV guidelines: service delivery*. - Geneva : WHO, 2026. - 50 p. - ISBN 978-92-4-012423-3. - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240124233>
13. World Health Organization. *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. - Geneva : WHO, 2022. - 134 p. - ISBN 978-92-4-005377-9.
14. World Health Organization. *HIV and AIDS: fact sheet*. - Updated 15 July 2025. - URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
15. World Health Organization. *The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission*. - Geneva : WHO, 2023. - 16 p. - ISBN 978-92-4-005517-9.
16. Zhang L. *The effectiveness of e-health on reducing stigma, improving social support and quality of life among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials* / L. Zhang, Z. Ni, Y. Liu, H. Chen. - DOI 10.1016/j.ijnurstu.2023.104606 // International Journal of Nursing Studies. - 2023. - Vol. 148. - Article 104606.
17. Zhao T. *Interventions for subjective and objective social isolation among people living with HIV: a scoping review* / T. Zhao, C. Tang, J. Ma [et al.]. - DOI 10.1016/j.socscimed.2024.117604 // Social Science & Medicine. - 2025. - Vol. 367. - Article 117604.



ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ

Пелешок А.А., Вирко В.А., Баваров О.А., Беседин А.Д.

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург*

Резюме. В статье рассмотрены современные направления психологической помощи детям и подросткам, живущим с ВИЧ. На основании российских клинических рекомендаций, документов ВОЗ и НИИ, публикаций Военно-медицинской академии и систематических обзоров описаны задачи психологического скрининга, индивидуального и семейного консультирования, групповой и равной поддержки, возрастно-сообразного раскрытия диагноза, формирования приверженности и подготовки к переходу во взрослую службу. Подчеркивается, что раскрытие ВИЧ-статуса является процессом, а не единичным сообщением, и требует оценки возраста, когнитивной зрелости, семейной ситуации и рисков стигматизации. Предложен поэтапный алгоритм психологического сопровождения. Обоснована необходимость междисциплинарной помощи, сохраняющей конфиденциальность, субъектность ребенка и участие семьи.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; дети; подростки; психологическая помощь; раскрытие диагноза; стигма; приверженность; семейное сопровождение; равная поддержка

Цель. Систематизировать основные направления психологической помощи детям и подросткам, живущим с ВИЧ, и предложить практический алгоритм сопровождения с учетом возраста, семейной ситуации, раскрытия диагноза и задач поддержания лечения.

Материалы и методы. Выполнен аналитический обзор публикаций и клинических руководств. Целевой поиск проведен в PubMed, на ресурсах Минздрава России, ВОЗ и НИИ, а также в российских профильных изданиях. Включались руководства, систематические и обзорные работы, исследования семейных, индивидуальных, групповых и равных вмешательств у детей, подростков и молодых людей, живущих с ВИЧ. Приоритет отдавался источникам 2021-2026 годов; более ранние исследования включались, если они сформировали доказательную основу возрастно-сообразного раскрытия диагноза. Результаты систематизированы по задачам скрининга, консультирования, семейной работы, приверженности и междисциплинарного взаимодействия.

Результаты и обсуждение.

Психологические потребности ребенка, живущего с ВИЧ

Современная АРТ позволяет детям с ВИЧ расти, учиться и планировать взрослую жизнь; поэтому психологическая помощь должна быть встроена в длительное наблюдение, а не предлагаться только в кризисе. Российские клинические рекомендации предусматривают оценку приверженности, консультирование ребенка и законных представителей, а также учет возрастных особенностей [1]. ВОЗ рекомендует психосоциальные вмешательства для подростков и молодых людей, живущих с ВИЧ, в составе человекоцентричной модели оказания помощи [17].

Значимыми рисками являются тревожные и депрессивные симптомы, переживание вины и стыда, страх нежелательного раскрытия, буллинг, семейный конфликт,

усталость от лечения и трудности перехода во взрослую службу. Обзор 2025 года подтверждает связь ВИЧ-ассоциированной стигмы с худшей приверженностью, удержанием в помощи и переходом во взрослое звено [14]. Сотрудники Санкт-Петербургского центра СПИД показали необходимость комплексной оценки когнитивных функций у подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией [3], поскольку когнитивные трудности могут влиять на обучение, саморегуляцию и понимание лечения.

Психологический скрининг и индивидуальное консультирование

На плановых этапах наблюдения целесообразно оценивать эмоциональное состояние, суицидальный риск, опыт насилия и стигматизации, употребление психоактивных веществ, качество сна, отношения в семье и школе, понимание диагноза и способность управлять режимом лечения. НН рекомендует включать скрининг психических расстройств, суицидальности, травматического опыта и употребления веществ в рутинное ведение подростков с ВИЧ [13]. Положительный скрининг не заменяет клиническую диагностику и должен сопровождаться направлением к детскому психиатру, клиническому психологу или другому профильному специалисту.

Индивидуальное консультирование строится на доверии, понятном языке и постепенном расширении ответственности ребенка. Оно включает психообразование, обучение распознаванию эмоций и стратегиям совладания, работу с самостигмой, навыки безопасного общения и решение конкретных проблем приверженности. Систематический обзор самоуправления у подростков подчеркивает необходимость сочетать знания о болезни с практическими навыками и поддержкой окружающих [8]. Опыт начала АРТ в Военно-медицинской академии подтверждает организационную ценность раннего лечения, консультирования и последовательного контроля; при работе с детьми эти элементы должны быть адаптированы к возрасту и семейному контексту [2].

Раскрытие диагноза как поэтапный процесс

Раскрытие ребенку собственного ВИЧ-статуса не должно быть внезапным сообщением. Подготовка включает оценку когнитивной зрелости, знаний о здоровье, тревоги, семейной готовности и предполагаемой поддержки после разговора. Обзор вмешательств 2026 года показывает, что наиболее перспективны структурированные, развивающиеся во времени модели, которые готовят ребенка и ухаживающего взрослого, поддерживают общение после раскрытия и связаны с клинической службой [10].

Исследование детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией не выявило ухудшения эмоционального благополучия при поддержанном раскрытии; значение имели качество подготовки и последующее сопровождение [6]. Семейная групповая психотерапия также демонстрировала приемлемость структурированной подготовки к раскрытию [11]. При этом нельзя считать, что само сообщение автоматически улучшит приверженность: решение принимается после комплексной оценки потребностей ребенка и семьи. Раскрытие диагноза педагогам, сверстникам или иным лицам не является обязательным этапом психологической помощи и допустимо только при законных основаниях, осознанном согласии и оценке риска стигматизации [13, 16].

Семейная, групповая и равная поддержка

Семья остается основным контекстом соблюдения лечения у ребенка. Психолог помогает взрослым обсуждать диагноз без запугивания, снижать собственную тревогу и чувство вины, договариваться о распределении ответственности и поддерживать автономии подростка. Семейное вмешательство в Руанде показало потенциал поддержки

родительства и психического здоровья ребенка в период раскрытия статуса ухаживающего взрослого [7]. В условиях семейной клиники отмечались улучшение взаимодействия и поддержка лечения подростков [12].

Групповые форматы позволяют уменьшить изоляцию, развивать навыки общения и обсуждать опыт жизни с хроническим заболеванием. Однако систематические обзоры указывают на неоднородность программ и эффектов; результат зависит от возраста, структуры занятий, подготовки ведущих и защиты конфиденциальности [9, 15]. Равная поддержка особенно полезна подросткам и молодым взрослым: ВОЗ рекомендует ее для повышения приемлемости служб и удержания в помощи [18], а обзор 2023 года описывает положительные результаты подростковых программ, одновременно отмечая необходимость более качественной оценки [5]. Группа не подходит автоматически каждому ребенку: до включения оцениваются готовность, риск непреднамеренного раскрытия и способность соблюдать общие правила.

Приверженность, переход во взрослую службу и алгоритм сопровождения

Приверженность формируется как семейная и развивающаяся компетенция. По мере взросления ребенок последовательно осваивает название препаратов, время приема, действия при пропуске, получение рецептов и обсуждение нежелательных явлений. Российское исследование молодых людей с перинатальной ВИЧ-инфекцией выявило уязвимость первых лет после перехода из педиатрической во взрослую службу и подтвердило необходимость заранее готовить самостоятельность пациента [4]. Психосоциальные вмешательства в целом могут улучшать вовлеченность в помощь, психическое здоровье и отдельные поведенческие исходы, хотя доказательства различаются по типу программы [9].

Практический алгоритм включает: 1) установление доверительного контакта и оценку безопасности; 2) возрастно-сообразный скрининг психического здоровья и когнитивных трудностей; 3) согласование индивидуальных целей; 4) подготовку и сопровождение раскрытия диагноза; 5) семейное консультирование; 6) обучение навыкам самоуправления и приверженности; 7) при показаниях - безопасную групповую или равную поддержку; 8) подготовку к переходу во взрослую службу; 9) регулярную оценку эмоциональных, семейных и клинических результатов. Команда должна включать инфекциониста, педиатра, психолога, медицинскую сестру и социального работника, а при необходимости - детского психиатра и специалиста по защите прав ребенка.

Выводы.

1. Психологическая помощь детям, живущим с ВИЧ, должна быть частью регулярного междисциплинарного наблюдения и учитывать возраст, когнитивное развитие, семейную ситуацию и риск стигматизации.

2. Раскрытие диагноза представляет собой подготовленный поэтапный процесс; его качество определяется поддержкой до и после разговора, а не только фактом сообщения.

3. Индивидуальное, семейное, групповое и равное сопровождение имеют разные показания и должны назначаться после оценки безопасности и потребностей ребенка.

4. Формирование приверженности требует постепенной передачи подростку навыков самоуправления и заблаговременной подготовки к переходу во взрослую службу.

5. Конфиденциальность и субъектность ребенка являются обязательными условиями помощи; раскрытие статуса вне семьи и медицинской команды не должно происходить автоматически.

Список литературы:

1. ВИЧ-инфекция у детей : клинические рекомендации : ID 459 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва, 2024. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/459_2
2. Козлов К. В. Опыт начала антиретровирусной терапии в военно-медицинской организации / К. В. Козлов, М. А. Булыгин, В. Д. Шамигулов [и др.]. - DOI 10.22328/2077-9828-2024-16-4-73-80 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2024. - Т. 16, N 4. - С. 73-80.
3. Кольцова О. В. Смыслы комплексной диагностики когнитивных функций у подростков, живущих с ВИЧ от рождения / О. В. Кольцова, П. В. Сафонова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2024. - Т. 24, N 1. - С. 84-93.
4. Сафонова П. В. Приверженность лечению у молодых людей с перинатальной ВИЧ-инфекцией в первые годы после перехода из педиатрической во взрослую медицинскую службу / П. В. Сафонова, О. В. Кольцова. - DOI 10.22328/2077-9828-2023-15-2-59-68 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2023. - Т. 15, N 2. - С. 59-68.
5. Ahmed C. V. A systematic review of peer support interventions for adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa / C. V. Ahmed, R. Doyle, D. Gallagher [et al.]. - DOI 10.1089/apc.2023.0094 // AIDS Patient Care and STDs. - 2023. - Vol. 37, no. 11. - P. 535-559.
6. Buckley J. Impact of disclosure over time on the emotional well-being of children with perinatally acquired HIV infection in South Africa / J. Buckley, K. Otworld, C. Joyce [et al.]. - DOI 10.1097/DBP.0000000000001008 // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. - 2022. - Vol. 43, no. 3. - P. e188-e196.
7. Chaudhury S. HIV status disclosure through family-based intervention supports parenting and child mental health in Rwanda / S. Chaudhury, C. M. Kirk, C. Ingabire [et al.]. - DOI 10.3389/fpubh.2016.00138 // Frontiers in Public Health. - 2016. - Vol. 4. - Article 138.
8. Crowley T. Self-management interventions for adolescents living with HIV: a systematic review / T. Crowley, A. Rohwer. - DOI 10.1186/s12879-021-06072-0 // BMC Infectious Diseases. - 2021. - Vol. 21. - Article 431.
9. Laurenzi C. A. Psychosocial interventions for improving engagement in care and health and behavioural outcomes for adolescents and young people living with HIV: a systematic review and meta-analysis / C. A. Laurenzi, S. du Toit, W. Ameyan [et al.]. - DOI 10.1002/jia2.25741 // Journal of the International AIDS Society. - 2021. - Vol. 24, no. 8. - Article e25741.
10. Laurenzi C. Interventions supporting disclosure among children and adolescents living with HIV: a scoping review and realist synthesis / C. Laurenzi, C. Carels, D. Walker [et al.]. - DOI 10.1007/s10461-026-05060-2 // AIDS and Behavior. - 2026. - Published online 10 February 2026.
11. Nicastro E. Family group psychotherapy to support the disclosure of HIV status to children and adolescents / E. Nicastro, G. I. Continisio, C. Storace [et al.]. - DOI 10.1089/apc.2012.0465 // AIDS Patient Care and STDs. - 2013. - Vol. 27, no. 6. - P. 363-369.
12. Orth Z. A facility-based family support intervention to improve treatment outcomes for adolescents on antiretroviral therapy in the Cape Metropole, South Africa / Z. Orth, B. van Wyk. - DOI 10.1177/23259582211059289 // Journal of the International Association of Providers of AIDS Care. - 2021. - Vol. 20. - Article 23259582211059289.
13. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. - Updated 25 June 2026. - URL: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv>

14. Perger T. *Impact of HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence, engagement and retention in HIV care, and transition to adult HIV care in pediatric and young adult populations living with HIV: a literature review* / T. Perger, M. Davtyan, C. Foster [et al.]. - DOI 10.1007/s10461-024-04534-5 // *AIDS and Behavior*. - 2025. - Vol. 29. - P. 497-516.
15. Skeen S. *Interventions to improve psychosocial well-being for children affected by HIV and AIDS: a systematic review* / S. Skeen, L. Sherr, N. Croome [et al.]. - DOI 10.1080/17450128.2016.1276656 // *Vulnerable Children and Youth Studies*. - 2017. - Vol. 12, no. 2. - P. 91-116.
16. Wiener L. *Disclosure of an HIV diagnosis to children: history, current research, and future directions* / L. Wiener, C. A. Mellins, S. Marhefka, H. B. Battles. - DOI 10.1097/01.DBP.0000267570.87564.cd // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. - 2007. - Vol. 28, no. 2. - P. 155-166.
17. World Health Organization. *Consolidated HIV guidelines: service delivery*. - Geneva : WHO, 2026. - 50 p. - ISBN 978-92-4-012423-3. - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240124233>
18. World Health Organization. *Providing peer support for adolescents and young people living with HIV*. - Geneva : WHO, 2019. - WHO reference number WHO/CDS/HIV/19.27. - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.27>

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ О ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯХ

**Попова А.А.^{1,2}, Суворова З.К.¹, Калинина Э.Н.³,
Емельянова А.Н.³, Покровская А.В.^{1,4}**

¹Центральный научно-исследовательский институт
эпидемиологии Роспотребнадзора,

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва,

³Читинская государственная медицинская академия,
Чита,

⁴Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва

Резюме. Введение. Причиной развития многих онкологических заболеваний (рак шейки матки, рак заднего прохода, рак пениса, рак вульвы, рак влагалища и др.) является вирус папилломы человека (ВПЧ). Основой профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний в отсутствии вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ) является своевременно проведенный скрининг. Недостаточная информированность о роли вируса папилломы человека в развитии злокачественных новообразований оказывает негативное влияние на эффективность профилактических мероприятий.

Цель исследования. Изучить уровень информированности о папилломавирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, проживающих в Чите и Читинской области.

Материалы и методы. Анкетирование с использованием метода контрольных вопросов проведено в 2026 среди 317 ВИЧ-положительных лиц: 43,85% (139/317) мужчин и 56,15% (178/317) женщин. Среди участников исследования в основном преобладали лица трудоспособного возраста: $44,10 \pm 8,84$ лет (min - 18, max - 70, Me=44). Всем участникам исследования было проведено анонимное анкетирование для выяснения информированности о папилломавирусной инфекции.

Результаты. В результате анкетирования выявлено, что не были информированы о папилломавирусной инфекции и ее последствиях 56,47% ВИЧ-положительных лиц. Основными источниками информирования для ВИЧ-позитивных лиц: медицинский персонал (75,08%), СМИ/интернет (21,45%).

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о низкой осведомленности о папилломавирусной инфекции ВИЧ-положительных мужчин и женщин в исследуемом регионе. Подтверждена необходимость усиления информационно-просветительской работы с использованием всех доступных ресурсов среди населения.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, ВПЧ, папилломавирусная инфекция, информированность, ВИЧ-инфицированные

На 31 декабря 2024 г. в стране проживало 1 749 678 граждан Российской Федерации с лабораторно подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции (подтвержденных при референс-исследовании в иммунном блоте или путем выявления РНК, ДНК ВИЧ), исключая 534 778 больных, умерших за весь период наблюдения (30,6%) [3].

Расширение спектра антиретровирусных препаратов и применение средств комбинированной фармакотерапии привело к увеличению сроков и повышению качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов [7]. На фоне значительного снижения частоты ряда вторичных заболеваний возросла роль рака шейки матки (РШМ) и рака заднего прохода, способных повлиять на долгосрочное течение ВИЧ-инфекции. Поэтому ВИЧ-инфицированные пациенты – это группа прицельного внимания, для которой необходимо своевременное выявление папилломавирусной инфекции в различных анатомических локациях в целях предотвращения развития онкозаболеваний. Причиной развития многих онкологических заболеваний (рак шейки матки, рак заднего прохода, рак пениса, рак вульвы, рак влагалища и др.) является вирус папилломы человека (ВПЧ). Основой профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний в отсутствии вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ) является своевременно проведенный скрининг [5,6]. Недостаточная информированность о роли вируса папилломы человека в развитии злокачественных новообразований оказывает негативное влияние на эффективность профилактических мероприятий.

Цель. Изучить уровень информированности о папилломавирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, проживающих в Чите и Читинской области.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 317 ВИЧ-положительных лиц: 43,85% (139/317) мужчин и 56,15% (178/317) женщин. Всем участникам исследования было проведено анонимное анкетирование в 2026 году для выяснения информированности о папилломавирусной инфекции.

Критериями включения служили возраст старше 18 лет, подписанное информированное согласие на участие в исследовании, наличие ВИЧ-инфекции; критерием исключения – отсутствие возможности понять смысл информированного согласия.

Систематизированная информация обрабатывалась автоматически с использованием онлайн-платформы. Статистические данные обрабатывали с использованием программного пакета Microsoft Excel (Windows XP) и SPSS 16 (допустимая ошибка E=5%). Были использованы показатели описательной статистики: средняя (M), медиана (Me), стандартное отклонение (m), минимум (min), максимум (max), 95% ДИ.

Результаты и обсуждение. В ходе выполнения исследования проанкетировано 317 ВИЧ-положительных лиц, мужчин, проживающих в Московском регионе. Среди участников исследования в основном преобладали лица трудоспособного возраста: $44,10 \pm 8,84$ лет (min - 18, max - 70, Me=44). Подробная характеристика участников исследования представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Характеристика участников исследования

Характеристика	ВИЧ-положительные (n=317)	
	Абс.	%
Образование		
Незаконченное школьное	15	4,73%
Полное школьное	57	17,98%
Незаконченное среднеспециальное	13	4,11%
Среднеспециальное	184	58,04%
Незаконченное высшее	10	3,15%
Высшее	38	11,99%
Ученая степень	0	
Семейное положение		
Замужем/женат	141	44,48%
Не замужем/неженат	64	20,19%
В разводе	27	8,52%
Сожительство	62	19,56%
Вдова/вдовец	23	7,25%
Работа		
Работает	226	71,29%
Не работают	61	19,24%
На пенсии	13	4,11%
Домохозяйки	11	3,47%
Декретный отпуск	6	1,89%
Студент	0	0
Другое		

Среди анкетированных ВИЧ-положительных лиц антиретровирусную терапию получали 98,11%. РНК ВИЧ менее 650 копий/мл было зарегистрировано у 69,72% респондентов.

В результате анкетирования выявлено, что не были информированы о папилломавирусной инфекции и ее последствиях 56,47% ВИЧ-положительных лиц. Также среди анкетированных не было лиц, вакцинированных против папилломавирусной инфекции.

Оценка материалов ранее проведенных исследований также продемонстрировала низкую информированность. Так, Н.Ю. Насыртдинова и соавт. установили, что $66,0 \pm 0,62$ % респондентов информированы о существовании ВПЧ, но 34 % не знают о данном вирусе [4]. В исследовании Л.Е. Захаровой и соавт. получены более настораживающие данные: 94 % опрошиваемых студентов слышали о ВПЧ, однако лишь 2 % владеют минимальной информацией о данном вирусе [1]. По результатам исследования Е. Yohannes и соавт. 42,8 % девочек-подростков слышали о папилломавирусной инфекции, но общий уровень знаний оказался очень низким – 8,9 % [8]. Исследования проведенные одновременно в группе ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-отрицательных женщин демонстрируют, что ВИЧ-положительные женщины информированы хуже [2].

На вопрос «Как Вы относитесь к вакцинации в целом» 86,8% респондентов ответили, что стараются делать все необходимые прививки. При этом, на вопрос «Как Вы относитесь к вакцинации людей, живущих с ВИЧ» 63% респондентов ответили, что необходимы такие же прививки, как и людям без ВИЧ, а 32,5% – необходимы особые подходы к вакцинации. Обращает внимание, что 4,4% респондентов уверены, что людей с ВИЧ-инфекцией нельзя вакцинировать. Подобные расхождения в ответах респондентов заслуживают особого внимания и учета при проведении мониторинга осведомленности населения.

Основными источниками информирования для ВИЧ-позитивных лиц были: врач рассказывает на приеме (75,08%), сам интересуюсь у врачей (24,29%), СМИ/интернет (21,45%), от друзей и родственников (5,05%), не считаю нужным делать прививки (3,15%), из клинических рекомендаций и научных сообществ (1,89%), от пациентских организаций (0,32%). Сравнение с литературными данными демонстрирует, что в данном регионе ВИЧ-положительные лица больше доверяют медицинскому персоналу и чаще актуальную информацию получают от него [2].

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о низкой осведомленности о папилломавирусной инфекции ВИЧ-положительных мужчин и женщин в исследуемом регионе. Подтверждена необходимость усиления информационно-просветительской работы с использованием всех доступных ресурсов среди населения.

Список литературы:

1. Захарова Л.Е., Лукина С.В., Гордиенко Е.К., Костерова Я.С. Уровень половой грамотности и информированности о вирусе папилломы человека и раке шейки матки студентов ТГМУ // Молодежь, наука, медицина. 2021. С. 99.
2. Информированность женщин с различным ВИЧ-статусом о папилломавирусной инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии / Д. Р. Прилепская, Э. А. Домонова, А. А. Попова [и др.] // Здоровье населения и среда обитания - ЗНисО. – 2024. – Т. 32, № 11. – С. 57-67. – DOI 10.35627/2219-5238/2024-32-11-57-67.
3. Ладная Н.Н., Покровский В.В. Эпидемиологическая ситуация по инфекции, вызванной ВИЧ, в России в 2024 г. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2025. Т. 15, № 3. С. 13–18.



4. Насрытдинова Н.Ю., Резник В.Л., Куатбаева А.М., Кайрбаев М.Р. Информированность и отношение населения Казахстана к вакцинации против вируса папилломы человека // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. Т. 24. № 5. С. 304–307.
5. Попова, А. А. Роль лабораторных исследований в скрининге предраковых заболеваний шейки матки и ануса у ВИЧ-инфицированных женщин / А. А. Попова, Э. А. Домонова // Справочник заведующего КДЛ. – 2021. – № 12. – С. 40–55.
6. Предупреждение развития заболеваний папилломавирусной этиологии у ВИЧ-инфицированных лиц: Методические рекомендации МР 3.1.5.0298-22 / А. А. Попова, Э. А. Домонова, Г. В. Лешкина [и др.] // Бюллетень нормативных и методических документов Госсанэпиднадзора. – 2022. – № 4(90). – С. 34–46
7. Рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний, химио-профилактике заражения ВИЧ / В. В. Покровский, О. Г. Юрин, А. В. Кравченко [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2025. – Т. 15, № S4. – С. 3–105.
8. Yohannes E, Beyen MW, Bulto GA, et al. Knowledge and attitude toward human papillomavirus vaccination and associated factors among adolescent school girls in Ambo town, Ethiopia, 2021: A multicenter cross-sectional study. Health Sci Rep. 2023;6(6):e1305. doi: 10.1002/hsr2.1305

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ВЫБОРЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Рахимов Р.Р.

Научно-исследовательский институт вирусологии
Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра
эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний,
Ташкентский государственный медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

Резюме. Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в клиническую практику открывает новые горизонты в диагностике, лечении и эпидемиологическом надзоре за ВИЧ-инфекцией. Интеллектуальные алгоритмы находят применение в мониторинге распространения вируса, интерпретации лабораторных данных, персонализированном подборе антиретровирусной терапии (АРВТ), а также в обеспечении приверженности лечению и психосоциальной поддержке людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В статье представлены современные направления использования ИИ в ВИЧ-медицине, обсуждаются клинические примеры, технологические достижения и актуальные вызовы, включая этические и правовые аспекты. Особое внимание уделено применению ИИ в условиях ограниченных ресурсов, а также перспективам интеграции цифровых решений в существующие системы здравоохранения.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Ключевые слова: ВИЧ, искусственный интеллект, антиретровирусная терапия, диагностика, эпиднадзор, CDSS, машинное обучение, персонализированная медицина, ко-инфекции, ЛЖВ

ВИЧ-инфекция продолжает оставаться одной из наиболее значимых глобальных медико-социальных проблем. Несмотря на существенные достижения в области антиретровирусной терапии (АРВТ), профилактики передачи инфекции и расширения программ тестирования, заболевание сохраняет высокую распространенность и остается причиной значительной заболеваемости и смертности во многих странах мира. Согласно современным оценкам, реализация стратегии достижения целей «95–95–95» требует дальнейшего совершенствования методов раннего выявления инфекции, мониторинга эффективности лечения и повышения качества эпидемиологического надзора [1, 21].

Развитие цифрового здравоохранения сопровождается стремительным накоплением больших массивов клинических, лабораторных, генетических и эпидемиологических данных. Традиционные методы статистического анализа зачастую оказываются недостаточными для выявления сложных взаимосвязей между многочисленными клиническими и социально-демографическими факторами. В связи с этим технологии искусственного интеллекта (ИИ), включающие методы машинного обучения (Machine Learning, ML), глубокого обучения (Deep Learning, DL) и обработки естественного языка (Natural Language Processing, NLP), рассматриваются как перспективный инструмент повышения эффективности диагностики, прогнозирования и лечения ВИЧ-инфекции [7, 8, 20].

В настоящее время алгоритмы машинного обучения применяются практически на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией. Наиболее активно развиваются направления, связанные с прогнозированием вирусологической эффективности АРВТ, моделированием риска лекарственной устойчивости, выявлением пациентов с высоким риском потери приверженности лечению, анализом электронных медицинских карт и поддержкой принятия клинических решений [16, 23].

Одновременно активно изучаются возможности использования методов искусственного интеллекта в эпидемиологическом надзоре, пространственном моделировании распространения инфекции и оптимизации профилактических мероприятий. Методы машинного обучения также используются для выявления лиц с высоким риском инфицирования и отбора кандидатов для доконтактной профилактики. ИИ рассматривается как инструмент трансформации клинической медицины и поддержки принятия врачебных решений [11, 12, 13].

Несмотря на значительный прогресс, большинство разработанных моделей пока проверены только на ранее собранных данных или на данных других исследований. Их широкому применению в медицинской практике препятствуют небольшое количество данных для обучения, возможные ошибки при работе с разными группами пациентов, недостаточная понятность получаемых результатов, а также необходимость обеспечения надежной защиты персональных данных пациентов [14, 22].

В последние годы особое внимание уделяется интеграции генеративного искусственного интеллекта и больших языковых моделей в медицинскую практику. Международные экспертные организации подчеркивают, что подобные технологии на современном этапе не могут рассматриваться как самостоятельный инструмент приня-

тия клинических решений и должны использоваться исключительно как вспомогательные системы под контролем врача [22,9].

Цель. Целью настоящего исследования является критический анализ современных научных данных о применении технологий искусственного интеллекта в эпидемиологическом надзоре, лабораторной диагностике, прогнозировании лекарственной устойчивости, персонализированном подборе антиретровирусной терапии и системах поддержки принятия клинических решений при ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено в дизайне нарративного обзора с элементами систематизированного анализа современных научных публикаций, посвященных применению технологий искусственного интеллекта (ИИ) в ВИЧ-медицине. Основной целью методологического подхода являлась обобщенная и критическая оценка существующих данных о применении методов машинного и глубокого обучения в эпидемиологическом надзоре, лабораторной диагностике, прогнозировании лекарственной устойчивости, персонализированном выборе антиретровирусной терапии и системах поддержки принятия клинических решений.

Поиск научной литературы осуществлялся в международных электронных базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus и Web of Science, а также с использованием поисковой системы Google Scholar. Дополнительно были проанализированы официальные документы и рекомендации международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения (WHO), Объединенную программу ООН по ВИЧ/СПИД (UNAIDS) и Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC). Приоритет отдавался публикациям в рецензируемых научных журналах с высоким уровнем доказательности.

Поиск литературы охватывал период с 2010 по июнь 2026 года, при этом основное внимание уделялось исследованиям, опубликованным в 2020–2026 годах, отражающим наиболее современные достижения в области применения искусственного интеллекта в медицине. Использовались ключевые слова и их комбинации, включающие “HIV”, “artificial intelligence”, “machine learning”, “deep learning”, “clinical decision support systems”, “drug resistance”, “antiretroviral therapy”, “electronic health records”, “viral load prediction” и “natural language processing”.

В обзор были включены современные научные публикации, посвященные применению искусственного интеллекта при ВИЧ-инфекции. При отборе учитывались исследования, содержащие результаты оценки эффективности разработанных методов и их возможного использования в медицинской практике. Не включались публикации, не соответствующие теме обзора, не содержавшие достаточного описания методов исследования, а также повторяющиеся работы.

Отбор научных публикаций проводился поэтапно. Сначала выполнялся поиск литературы по выбранным ключевым словам, затем исключались повторяющиеся публикации и материалы, не соответствующие теме исследования. После этого проводился анализ полных текстов отобранных статей и обобщение полученных результатов. При подготовке обзора учитывались общепринятые рекомендации по проведению систематических обзоров.

Анализ данных проводился путем сравнения результатов различных исследований. Для каждой работы учитывались используемый метод машинного обучения, вид исходных данных, размер выборки и точность полученных прогнозов. Также оценивалось, проверялась ли модель на других данных и может ли она применяться в медицинской практике.

При оценке качества исследований учитывались возможные ошибки, вероятность того, что модель хорошо работает только на тех данных, на которых была создана, насколько исследуемая группа отражает реальный состав пациентов и насколько понятен принцип работы модели. Также оценивалось, насколько достоверны полученные результаты.

Следует отметить, что данный обзор имеет ряд ограничений. Включенные исследования различались по методам проведения, составу обследованных групп и объему данных, поэтому их результаты не всегда можно было напрямую сравнить. Кроме того, большинство исследований были основаны на ранее собранных медицинских данных. Также в странах с низким и средним уровнем дохода пока проведено недостаточно исследований, в которых пациенты наблюдались с начала заболевания, поэтому полученные результаты нельзя полностью распространить на все группы населения

Результаты и обсуждение исследования. Применение искусственного интеллекта (ИИ) в прогнозировании лекарственной устойчивости вируса иммунодефицита человека и выборе антиретровирусной терапии представляет собой одно из наиболее клинически значимых направлений цифровой медицины (Рисунок 1). Развитие устойчивости ВИЧ-1 к антиретровирусным препаратам обусловлено накоплением мутаций в генах вируса, кодирующих ферменты-мишени терапии, что приводит к снижению эффективности стандартных схем лечения и формированию множественной лекарственной устойчи-

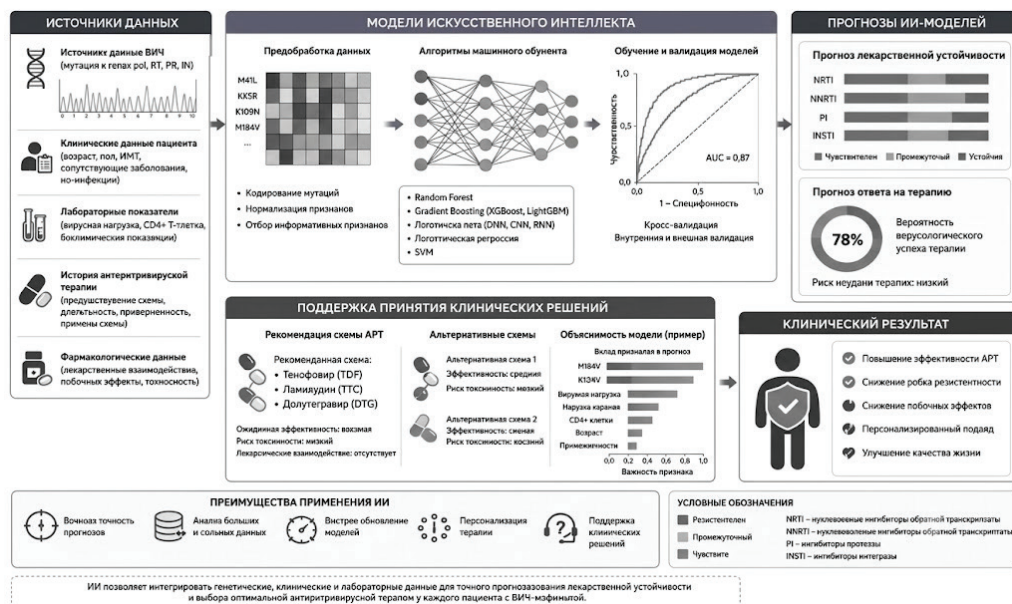


Рис.1.
Применение искусственного интеллекта (ИИ) в прогнозировании лекарственной устойчивости вируса иммунодефицита человека и выборе антиретровирусной терапии

ности. Традиционные подходы к интерпретации генотипических данных основаны на экспертных правилах и клинических базах данных, однако они ограничены в способности учитывать сложные нелинейные взаимодействия между мутациями и клиническими характеристиками пациента. В связи с этим в последние годы активно развиваются методы машинного обучения, позволяющие моделировать эти зависимости на основе больших массивов клинко-генетических данных и повышать точность прогнозирования вирусологического ответа на терапию [1].

Современные исследования показывают, что методы машинного обучения, такие как логистическая регрессия, случайный лес, градиентный бустинг и искусственные нейронные сети, позволяют точнее прогнозировать результаты лечения, чем традиционные методы, основанные на заранее заданных правилах оценки мутаций. Это особенно важно при наличии сразу нескольких мутаций, когда обычные методы не позволяют правильно оценить их совместное влияние на эффективность лечения (Таблица 1). В таких случаях сочетание нескольких методов машинного обучения обеспечивает более точный прогноз развития устойчивости вируса к противовирусным препаратам и возможной неэффективности лечения, что подтверждено результатами клинических исследований [2, 16, 17, 24].

Важную роль в клинической практике играет база данных по лекарственной устойчивости ВИЧ Стэнфордского университета (Stanford HIV Drug Resistance Database), которая используется для интерпретации генотипических данных и оценки лекарственной устойчивости вируса. На ее основе также разрабатываются и проверяются современные алгоритмы искусственного интеллекта. Наряду с этим применяется международная система EuResist, объединяющая клинические, вирусологические и генетические данные пациентов для прогнозирования эффективности различных схем антиретровирусной терапии и выбора наиболее подходящего лечения. [3,4, 15, 18,19].

Таблица 1.

Применение методов машинного обучения в прогнозировании исходов терапии ВИЧ-инфекции

Где применяется	Какие методы используются	Что это дает
Определение устойчивости вируса к лекарствам	Искусственный интеллект и машинное обучение	Более точная оценка эффективности лекарств
Оценка эффективности лечения	Анализ клинических данных	Помогает заранее понять, будет ли лечение эффективным
Выявление риска неэффективности терапии	Анализ медицинской информации пациента	Позволяет раньше выявить пациентов, которым может потребоваться изменение лечения
Подбор схемы лечения	Комплексный анализ данных пациента	Помогает выбрать наиболее подходящую схему терапии
Обобщение результатов исследований	Различные методы искусственного интеллекта	Подтверждает высокую точность современных технологий

Дополнительное развитие получила концепция прогнозирования вирусологического ответа на антиретровирусную терапию на основе интеграции клинических и лабораторных данных, включая уровень вирусной нагрузки, количество CD4+ клеток, историю предшествующей терапии и мутационный профиль вируса. Использование методов градиентного бустинга и нейронных сетей позволяет выявлять пациентов с высоким риском вирусологической неудачи на ранних этапах лечения, что обеспечивает возможность своевременной коррекции терапии и повышения ее эффективности. В ряде исследований показано, что такие модели достигают высоких значений прогностической точности, особенно при использовании продольных данных электронных медицинских карт [5, 10, 23].

Отдельное направление связано с переходом к персонализированной антиретровирусной терапии, при которой выбор схемы лечения основывается не только на стандартных клинических рекомендациях, но и на индивидуальных характеристиках пациента и вируса. Искусственный интеллект позволяет учитывать генетические особенности вируса, наличие сопутствующих заболеваний, потенциальные лекарственные взаимодействия и риск токсичности препаратов, что способствует более точному подбору терапии и снижению вероятности неэффективного лечения. Таким образом, ИИ становится инструментом поддержки принятия клинических решений, обеспечивающим переход от универсальных схем терапии к персонализированному подходу в лечении ВИЧ-инфекции.

Несмотря на достигнутые успехи, использование этих технологий в повседневной медицинской практике пока остается ограниченным. Основными причинами являются недостаточная проверка моделей на разных группах пациентов, нехватка качественных данных о генетических изменениях вируса в странах с низким и средним уровнем дохода, а также высокая вероятность того, что модель хорошо работает только на тех данных, на которых была создана. Кроме того, такие системы пока сложно включить в существующие клинические рекомендации. Большинство разработанных моделей показывают хорошие результаты в научных исследованиях, однако для подтверждения их эффективности в реальных условиях необходимо провести дополнительные исследования с участием пациентов из разных медицинских учреждений [1, 5, 17, 24].

Заключение. Искусственный интеллект значительно расширяет возможности диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, помогая врачам точнее оценивать риск лекарственной устойчивости вируса, прогнозировать эффективность лечения и подбирать наиболее подходящую схему антиретровирусной терапии с учетом особенностей каждого пациента. Однако большинство разработанных моделей пока остаются на этапе научных исследований, поскольку требуют проверки на больших группах пациентов, накопления более качественных клинических и генетических данных, а также адаптации к реальной медицинской практике. Дальнейшее развитие и внедрение таких технологий позволит повысить качество медицинской помощи, улучшить результаты лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией и сделать принятие клинических решений более точным и обоснованным.

Список литературы:

1. Рахимов Р. Р. Искусственный интеллект в ВИЧ-медицине: перспективы и вызовы цифровой эры // X Санкт-Петербургский форум по ВИЧ-инфекции с международным участием: материалы форума. — Санкт-Петербург, 2025. — С. 54–60.

2. Рахимов Р. Р. Интеллектуальная система ориентировочной диагностики острых респираторных и кишечных инфекций: пилотная разработка и первичная валидация // VI Международный форум «Дни вирусологии 2025»: сборник тезисов. — Санкт-Петербург: ФГБУ «НИИ гриппа им. А. А. Смородинцева», 2025. — С. 146–147.
3. Рахимов Р. Р. Контроль и предупреждение распространения лекарственно-устойчивых возбудителей вирусных инфекций с использованием искусственного интеллекта // Вирусные инфекции в XXI веке: вызовы и ответы: сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — Екатеринбург: Издательство АМБ, 2025. — С. 96–98.
4. Рахимов Р. Р., Гареев Р. Ф., Рахимов Р. А., Брянцева Е. В., Матназарова Г. С. Искусственный интеллект в прогнозировании и контроле антибиотикорезистентности: анализ цифровых инструментов и перспектив внедрения // Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России: материалы XIX научно-практической конференции (Волгоград, 21–22 мая 2026 г.). — Краснодар: Новация, 2026. — С. 137–140.
5. Beck I., et al. Antiretroviral therapy outcome prediction using machine learning models // PLoS ONE. — 2014. — Vol. 9, No. 1. — P. e86660. — DOI: 10.1371/journal.pone.0086660.
6. Centers for Disease Control and Prevention. HIV surveillance reports. — Atlanta: CDC, 2023. — URL: <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/>
7. Floridi L., et al. AI principles for health systems // Harvard Data Science Review. — 2019.
8. Goodfellow I., Bengio Y., Courville A. Deep learning. — Cambridge: MIT Press, 2016.
9. Giacobbe D. R., Ahmad R., Akilli F. M., et al. How ready are we to use artificial intelligence in our fight against antimicrobial resistance? An ESGAID and EAAS perspective // Expert Review of Anti-infective Therapy. — 2026. — Vol. 24, No. 1. — P. 39–61. — DOI: 10.1080/14787210.2026.2625382.
10. Lee G., et al. Predicting HIV treatment failure using electronic health records and machine learning // The Lancet HIV. — 2019. — Vol. 6, No. 10. — P. e688–e695. — DOI: 10.1016/S2352-3018(19)30131-1.
11. Marcus J. L., et al. Machine learning to identify candidates for HIV pre-exposure prophylaxis // The Lancet HIV. — 2019. — Vol. 6, No. 10. — P. e688–e695.
12. Nsoesie E. O., et al. Artificial intelligence for infectious disease surveillance // Nature Medicine. — 2021. — Vol. 27. — P. 142–145. — DOI: 10.1038/s41591-021-01290-6.
13. Obermeyer Z., Emanuel E. J. Predicting the future of clinical medicine with machine learning // New England Journal of Medicine. — 2016. — Vol. 375. — P. 1216–1219. — DOI: 10.1056/NEJMp1606181.
14. Obermeyer Z., et al. Dissecting racial bias in health algorithms // Science. — 2019. — Vol. 366. — P. 447–453. — DOI: 10.1126/science.aax2342.
15. Oette M., et al. The EuResist HIV treatment response prediction system // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. — 2008. — Vol. 61, No. 6. — P. 1170–1176. — DOI: 10.1093/jac/dkn103.

16. Prosperi M. C. F., et al. HIV-1 drug resistance prediction using machine learning methods // *PLoS Computational Biology*. — 2011. — Vol. 7, No. 1. — P. e1001125. — DOI: 10.1371/journal.pcbi.1001125.
17. Prosperi M. C. F., et al. HIV drug resistance and computational modeling approaches // *Current Opinion in HIV and AIDS*. — 2020. — Vol. 15, No. 6. — P. 367–374.
18. Rhee S. Y., et al. HIV-1 drug resistance mutations: Stanford HIVdb program // *Nucleic Acids Research*. — 2003–2024.
19. Shafer R. W. HIV drug resistance and the HIVdb system // *Topics in HIV Medicine*. — 2006. — Vol. 14, No. 2. — P. 67–71.
20. Topol E. Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. — New York: Basic Books, 2019.
21. UNAIDS. Global HIV strategy and 95–95–95 targets. — Geneva: UNAIDS, 2023. — URL: <https://www.unaids.org>
22. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health. — Geneva: WHO, 2021. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>
23. Zazzi M., et al. Machine learning for HIV therapy response prediction // *Bioinformatics*. — 2012. — Vol. 28, No. 12. — P. 1596–1603. — DOI: 10.1093/bioinformatics/bts196.
24. Zhang Z., et al. Machine learning approaches for predicting HIV drug resistance: systematic review and meta-analysis // *Journal of Medical Internet Research*. — 2026. — DOI: 10.2196/79219.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2005 ПО 2022 ГОД

Семена А.В.¹, Семена А.А.²

¹Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Резюме. Настоящее исследование посвящено анализу динамики первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в период с 2005 по 2022 год. Были использованы официальные статистические данные и результаты отечественных и международных исследований. Исследованы тенденции распространенности ВИЧ и взаимосвязь с уровнем первичной инвалидизации. Результаты показали значительное увеличение инвалидизации взрослого населения в период с 2005 по 2019 год, с последующей стабилизацией на уровне 0,6 случая на 10 000 населения в период с 2020 по 2022 год. Показатель зарегистрированной распространенности ВИЧ увеличился с 230,5 случаев до 603,5 случаев на 100 000 населения, между показателями выявлена сильная положительная корреляция ($r = 0,89$; $p < 0,01$). Полученные данные подчеркивают необходимость дальнейшего развития системы ранней диагностики, профилактики и антиретровирусной терапии (АРВТ) [1, 3].



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

***Ключевые слова:** ВИЧ, первичная инвалидность, Российская Федерация, эпидемиология, антиретровирусная терапия*

Цель исследования. Изучить динамику первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в период с 2005 по 2022 год и определить взаимосвязь между уровнем инвалидизации и зарегистрированной распространенностью ВИЧ.

Материалы и методы. Для статистической оценки применялись следующие методы: расчет процентных изменений, среднегодового темпа роста (англ. Compound Annual Growth Rate (CAGR)) и коэффициента корреляции Пирсона (r). Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Для оценки взаимосвязи между зарегистрированной распространенностью ВИЧ-инфекции и уровнем первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции использовали коэффициент корреляции Пирсона. При числе наблюдений $n = 7$ число степеней свободы составило $df = 5$, статистическую значимость коэффициента оценивали с использованием t -критерия Стьюдента. Для проверки устойчивости результатов дополнительно рассчитывали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Анализ проводился по данным статистических сборников «Здравоохранение в России» Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации в период с 2005 по 2022 год (2005, 2010, 2015, 2019, 2020, 2021, 2022).

Расчеты выполнены по стандартным формулам, принятым в статистике.

Результаты и обсуждение. Показатель первичной инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ-инфекции увеличился с 0,04 случаев на 10 000 человек населения в 2005 году до 0,7 случаев на 10 000 человек населения в 2019 году, после чего стабилизировался на уровне 0,6 случаев на 10 000 человек населения в период с 2020 по 2022 год. Зарегистрированная распространенность ВИЧ-инфекции за исследуемый период выросла с 230,5 случаев до 603,5 случаев на 100 000 населения. Между зарегистрированной распространенностью ВИЧ-инфекции и уровнем первичной инвалидности выявлена сильная положительная корреляция по Пирсону ($r = 0,89$; $n = 7$; $df = 5$; $p = 0,007$), что свидетельствует о статистически значимой положительной взаимосвязи между исследуемыми показателями. Проверка с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена также выявила статистически значимую положительную монотонную взаимосвязь ($\rho = 0,82$; $p = 0,025$).

Изучение показателей свидетельствует о тесной связи между распространением ВИЧ и ростом инвалидности взрослого населения, при этом нарастание последней следует рассматривать как отражение увеличения числа пациентов с длительным течением заболевания.

Рост распространенности ВИЧ за исследуемый период составил 162%, среднегодовой темп роста – 5,8%.

Увеличение уровня инвалидизации до 2019 года может быть обусловлено ростом числа поздних стадий заболевания, коинфекций и ограниченным доступом к лечению. Стабилизация после 2019 года может быть связана с расширением программ АРВТ и совершенствованием системы медико-социальной экспертизы.

Следует учитывать, что оба исследуемых показателя имеют выраженный временной тренд, поэтому высокая корреляция может частично отражать общую динамику по времени. Совпадение направленности изменений указывает на наличие связи между распространенностью ВИЧ-инфекции и уровнем первичной инвалидности. Ограничением исследования является использование ограниченного числа временных точек, что требует осторожной интерпретации результатов корреляционного анализа.

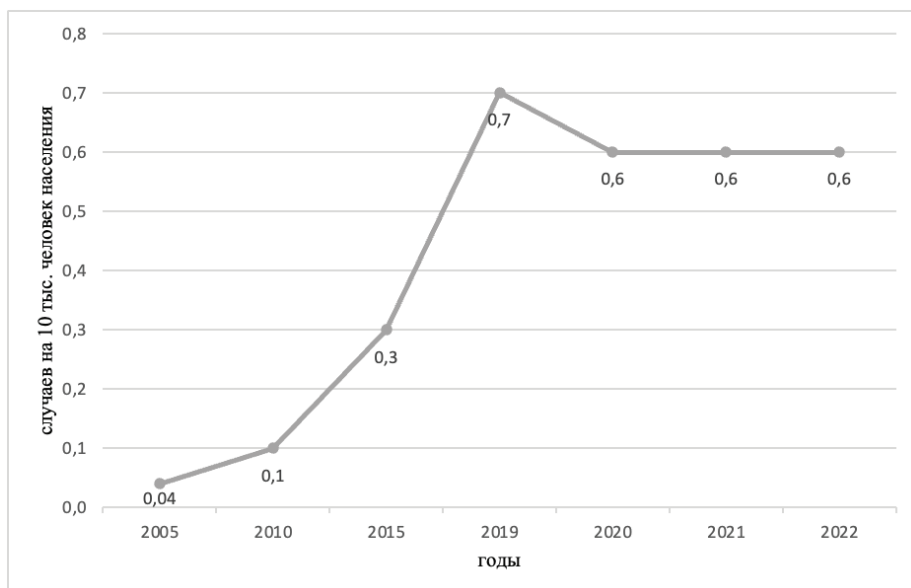


Рис.1.

Динамика первичной инвалидности населения вследствие ВИЧ-инфекции в РФ в 2005-2022 годах, случаев на 10 тыс. человек населения

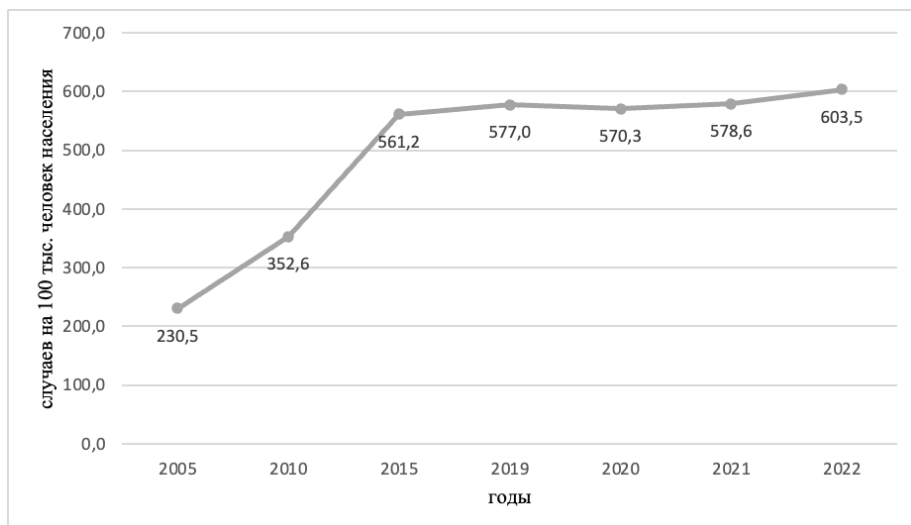


Рис.2.

Динамика заболеваемости населения ВИЧ в РФ в 2005-2022 годах, случаев на 100 тыс. человек населения

Выводы. В период с 2005 по 2022 год в РФ отмечено выраженное увеличение уровня первичной инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ-инфекции: показатель вырос в 17,5 раза, а после 2019 года стабилизировался на уровне 0,6 случаев на 10 000 человек. За этот же период зарегистрированная распространенность ВИЧ-инфекции увеличилась на 162 % при среднегодовом темпе прироста 5,8 %, что отражает устойчивое расширение эпидемического процесса. Между динамикой первичной инвалидности взрослого населения и распространенностью ВИЧ-инфекции выявлена сильная положительная корреляция ($r = 0,89$; $p < 0,01$).

Для дальнейшего снижения уровня инвалидизации необходима реализация комплексной стратегии, включающей расширение охвата ранней диагностики, повышение доступности и приверженности АРВТ, совершенствование системы медико-социальной реабилитации.

Полученные результаты обладают практической значимостью для совершенствования системы медико-социальной экспертизы, планирования профилактических мероприятий, направленных на снижение социально-демографических последствий ВИЧ-инфекции в России [2].

Список литературы:

1. Адгамов Р.Р., Антонова А.А., Огаркова Д.А., Кузнецова А.И., Почтовый А.А., Клейменов Д.А., Кузнецова Н.А., Синявин А.Э., Каминский Г.Д., Цыганова Е.В., Гуцин В.А., Гинцбург А.Л., Мазус А.И. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: современные тенденции диагностики [Электронный ресурс]. – 2024. – ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 16(1):45–59. – URL: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-1-45-59> (Дата обращения: 05.10.2025).
2. Загдын З.М., Кобесов Н.В., Денюшенков В.Л., Стерликов С.А. Глобальное бремя ВИЧ/СПИДа в России: DALY, вызванные ВИЧ-инфекцией. Часть 2 [Электронный ресурс] // ВИЧ-Инф. Иммунодисл. Распр. – 2025. – 17(2):32-43 – URL: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2025-17-2-32-43> (Дата обращения: 05.10.2025).
3. GBD 2019 HIV Collaborators. Global, regional, and national sex-specific burden and control of the HIV epidemic, 1990–2019, for 204 countries and territories: the Global Burden of Diseases Study 2019 [Электронный ресурс] // Lancet HIV. – 2021. – Vol. 8, №10, P. e633–651. – URL: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00152-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00152-1) (Дата обращения: 05.10.2025).

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОПУСКИ ПРИЕМА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМИ, ИНФИЦИРОВАННЫМИ ВИЧ

Соколова Е.В.¹, Беляева В.В.¹, Козырина Н.В.¹, Голиусова М.Д.¹,
Куимова У.А.¹, Кулабухова Е.И.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,

²Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, приверженность, скрининг, депрессия, психологическое благополучие, самооценка здоровья, пропуски приема АРТ, забывчивость

В настоящее время наиболее эффективным методом противодействия распространению ВИЧ-инфекции остается использование препаратов, подавляющих активность ВИЧ в организме инфицированных лиц (антиретровирусная терапия, АРТ). Применение АРТ увеличивает продолжительность жизни и снижает потенциальную контагиозность людей, живущих с ВИЧ. Поскольку применение АРТ у данных пациентов является пожизненным, существуют риски нарушения режима терапии, включая пропуски приема антиретровирусных препаратов. Длительное изучение приверженности АРТ позволило выявить значимость психоэмоциональных факторов (стресс, депрессивные и тревожные проявления), субъективной оценки своего здоровья и отношения к болезни [3,4,5,6].

Данное исследование является частью продолжительной работы специалистов СНИОПБ СПИД ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии по изучению рисков нарушения приверженности диспансерному наблюдению и лечению людей, живущих с ВИЧ.

Цель. Скрининг психологических и поведенческих факторов, ассоциированных с пропусками приема АРТ у инфицированных ВИЧ людей, для прогноза нарушения приверженности лечению ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. В 2025 г. во время планового визита диспансерного наблюдения были опрошены 116 пациентов.

Мужчины составили 69,8%, женщины – 30,2%. Медиана возраста – 45 лет, медиана стажа жизни с ВИЧ – 15 лет. Состояли в браке 44,0%. 62,1% имели высшее или неоконченное высшее образование. 90,5% опрошенных работали. На опыт употребления психоактивных веществ (в т.ч. алкоголя) указали 50,9%.

Все респонденты принимали антиретровирусную терапию. Большинство участников опроса принимали АРТ в режиме 1 таблетка (54,9%) 1 раз в сутки (92%). Показатель вирусной нагрузки был на неопределяемом уровне. На момент опроса медиана CD4⁺-лимфоцитов составила 655 клеток/мкл., без признаков клинической прогрессии ВИЧ-инфекции. Медиана продолжительности приема АРТ – 10 лет.

Участие в исследовании было добровольным. Для скрининга депрессии была использована «Шкала Цунга». Для оценки субъективного психологического благополучия человека применялся опросник WHO-5 Well-Being Index (1998). Также респондентам предлагалось оценить по 10-ти балльной визуально-аналоговой шкале (где 0 баллов – наименьшая, а 10 баллов – наибольшая опция) состояние своего здоровья. Респонденты отвечали на вопросы-индикаторы: «Случается, что я забываю принять лекарства от ВИЧ-инфекции», о количестве пропусков приема АРТ за месяц, предшествующий опросу и о неблагоприятной значимости различных хронических заболеваний (выбирая 3 опции из 11 предложенных).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 27. Для количественных показателей оценивали характер распределения данных. Учитывая отсутствие нормального распределения ряда переменных, результаты представлены в виде медианы и межквартильного интервала Ме [Q1;Q3].

Для оценки взаимосвязей между количественными и порядковыми переменными использовали корреляционный анализ по Спирмену. Сравнение категориальных показателей выполняли с использованием критерия χ^2 Пирсона.

Для оценки факторов, ассоциированных с наличием хотя бы одного пропуска антиретровирусной терапии (АРТ), применяли многофакторную бинарную логистическую регрессию с расчетом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

(95% ДИ). В качестве зависимой переменной использовали бинарный показатель наличия пропусков АРТ за месяц, предшествующий опросу (0 – отсутствие пропусков; 1 – наличие ≥ 1 пропуска).

Дополнительно проводили порядковую логистическую регрессию (ordinal logistic regression), учитывающую частоту пропусков АРТ (0, 1, 2, 3 и более 4 пропусков за месяц), что позволило оценить факторы, связанные с увеличением выраженности нарушений приверженности.

Для изучения латентной структуры взаимосвязей между психологическими и поведенческими показателями применяли факторный анализ методом главных компонент с вращением Varimax по критерию Kaiser. Для выделения групп пациентов со сходными психологическими и поведенческими характеристиками использовали кластерный анализ.

Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. При выполнении теста «Шкала Цунга» отсутствие признаков депрессии демонстрировали 82,8% опрошенных, легкая депрессия регистрировалась у 13,8%, умеренная – у 2,6%, тяжелая – у 0,9%. Наиболее неблагоприятными оказались значения индикаторов нарушений сна (23,4%) и снижения аппетита (31,2%). Индекс депрессии обнаружил прямую корреляционную связь с забывчивостью при приеме АРТ ($r = 0,383$; $p < 0,001$) и восприятием ВИЧ как наиболее неблагоприятного заболевания ($r = 0,288$; $p = 0,002$), а также обратную связь с самооценкой здоровья ($r = -0,306$; $p = 0,001$) и индексом благополучия WHO-5 ($r = -0,396$; $p < 0,001$).

Анализ ответов на опросник WHO-5 Well-Being Index показал, что стабильное психологическое состояние фиксировалось у 82,8% опрошенных, а 17,2% имели средний уровень благополучия. При корреляционном анализе показатель индекса хорошего самочувствия обнаружил обратную корреляционную связь с индексом депрессии Цунга ($r = -0,396$, $p < 0,001$), и прямую корреляционную связь с самооценкой здоровья ($r = 0,490$, $p < 0,001$).

Медиана баллов самооценки здоровья составила 8 баллов. Анализ показателя самооценки здоровья обнаружил прямую корреляционную связь с индексом благополучия WHO-5 ($r = 0,490$; $p < 0,001$), и обратную с индексом депрессии Цунга ($r = -0,306$; $p < 0,001$), забывчивостью при приеме АРТ ($r = -0,205$; $p = 0,028$) и употреблением психоактивных веществ ($r = -0,233$; $p = 0,013$).

Утвердительный ответ на вопрос о забывчивости при приеме лекарств от ВИЧ-инфекции дали 17,5% респондентов, еще 2,6% затруднились с ответом.

64,3% пациентов в течение месяца, предшествующего анкетированию, не допускали пропуска приема АРТ. 1 пропуск отмечен у 24,3% опрошенных, 2 пропуска – у 7,8%, 3 пропуска – у 2,6%, более 4 пропусков – у 0,9% респондентов. Основной причиной пропусков 76,6% участников назвали забывчивость. Показатель пропусков АРТ коррелировал с употреблением ПАВ ($r = 0,221$; $p = 0,019$), забывчивостью ($r = 0,457$; $p < 0,001$), количеством таблеток ($r = 0,298$; $p = 0,001$) и восприятием ВИЧ как наиболее неблагоприятного заболевания ($r = 0,229$; $p = 0,014$).

Анализ субъективного восприятия различных хронических заболеваний показал, что онкологические заболевания значительно чаще указывались в качестве наиболее неблагоприятных (79,1%), по сравнению с ВИЧ-инфекцией (13,9%). При корреляционном анализе показатель оценки приоритетной значимости ВИЧ-инфекции в числе наиболее актуальных заболеваний обнаружил прямую корреляционную связь с индексом депрессии Цунга ($r = 0,288$, $p = 0,002$), забывчивостью при приеме АРТ ($r = 0,360$, $p < 0,001$), и

пропусками приема АРТ ($r = 0,229$, $p = 0,014$), и обратную корреляционную связь с самооценкой здоровья ($r = -0,196$, $p = 0,035$).

В многофакторной бинарной логистической регрессии наиболее сильным независимым предиктором наличия хотя бы одного пропуска АРТ оказалась забывчивость при приеме препаратов: $OR = 15,1$; 95% ДИ 3,86–59,12. Употребление ПАВ ($OR = 2,07$), количество таблеток ($OR = 1,34$) и отсутствие семейных отношений ($OR = 2,61$) статистически значимого независимого влияния не показали. Модель была статистически значимой ($p < 0,001$).

Порядковая логистическая регрессия, учитывающая частоту пропусков терапии, показала, что забывчивость повышала вероятность перехода в более высокую категорию пропусков АРТ в 4,36 раза ($p = 0,003$). Увеличение числа таблеток также ассоциировалось с ростом частоты пропусков ($OR = 1,45$; 95% ДИ 1,05–2,01; $p = 0,025$). Употребление ПАВ ($OR = 1,85$) и негативное восприятие ВИЧ ($OR = 2,09$) сохраняли направление связи, но на статистической значимости не достигли.

При проведении кластерного анализа обозначились три кластера пациентов. Первый, наиболее многочисленный кластер, характеризовался минимальной депрессивной симптоматикой, редкой забывчивостью и устойчивой приверженностью терапии (69%). Второй кластер включал пациентов с максимальной выраженностью забывчивости, наибольшим числом пропусков АРТ, более сложными схемами терапии и высокой распространенностью употребления ПАВ (14,6%). Третий кластер характеризовался сниженным эмоциональным благополучием и низкой самооценкой здоровья при относительно небольшом числе пропусков терапии (16,4%). Полученные результаты подтверждают существование различных механизмов уязвимости, связанных с эмоциональными и когнитивно-поведенческими аспектами приверженности АРТ.

Обсуждение. Полученные результаты показывают, что нарушения приверженности АРТ у пациентов клинически, иммунологически и вирусологически стабильной открытой когорты определяются не столько тяжестью заболевания или выраженными психическими расстройствами, сколько взаимосвязью эмоциональных, когнитивных и поведенческих механизмов. Несмотря на то, что у большинства участников показатели депрессии по шкале Цунга и индекса благополучия WHO-5 находились в пределах нормативных значений, даже субклинические проявления депрессивной симптоматики оказались связаны с ухудшением самооценки здоровья, снижением эмоционального благополучия и забывчивостью при приеме АРТ. Вероятно, в условиях длительного лечения, регулярных консультаций врача, часть пациентов формирует устойчивые компенсаторные механизмы поведения, позволяющие поддерживать прием терапии даже при наличии эмоционального неблагополучия. Тем не менее депрессивная симптоматика продолжает влиять на приверженность косвенно – через забывчивость, снижение субъективного благополучия и негативное восприятие заболевания. Такой результат согласуется с концепцией постепенной дестабилизации поведения, при которой эмоциональные нарушения сначала затрагивают когнитивные механизмы контроля, а затем уже проявляются в фактических пропусках терапии¹.

¹ Беляева В.В. с соавт. «Факторы и механизмы нестабильности приверженности антиретровирусной терапии при длительном лечении. Каскадная модель» Ж. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы», 2026г. в печати



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Наиболее значимым результатом исследования стало выявление устойчивой связи между забывчивостью и нарушениями приверженности. Как в многофакторной логистической регрессии, так и в порядковой логистической модели именно забывчивость оказалась наиболее сильным независимым предиктором пропусков АРТ. Это позволяет рассматривать забывчивость не как случайную бытовую причину, а как индикатор нарушения поведенческой саморегуляции, связанной с эмоциональным состоянием пациента.

Обращает на себя внимание связь пропусков АРТ с субъективным восприятием ВИЧ-инфекции как одного из наиболее неблагоприятных заболеваний. Пациенты, воспринимающие ВИЧ как особенно тяжелое и угрожающее заболевание, чаще демонстрировали признаки эмоционального неблагополучия, забывчивость и нарушения приверженности. На первый взгляд такая связь может выглядеть парадоксальной, поскольку высокая значимость заболевания должна способствовать соблюдению режима терапии. Однако полученные результаты позволяют предположить, что негативное восприятие болезни может сопровождаться формированием тревожного или избегающего отношения к заболеванию, снижением чувства контроля над ситуацией и ухудшением способности к регулярному выполнению повседневных действий, связанных с приемом терапии.

Результаты кластерного анализа дополнительно подтвердили неоднородность механизмов нарушения приверженности. Был выделен наиболее неблагоприятный кластер пациентов с сочетанием депрессивной симптоматики, забывчивости, сложной схемы терапии и максимального числа пропусков АРТ. Одновременно выявлена группа пациентов с выраженным снижением эмоционального благополучия, но без значимых нарушений приема терапии. Это наблюдение имеет важное практическое значение, поскольку показывает, что эмоциональное неблагополучие само по себе еще не означает реализации нарушения приверженности в пропуск приема терапии, хотя и сопряжено с сохраняющимися рисками таких нарушений. Вероятно, одним из ключевых механизмов перехода от эмоциональной уязвимости к фактическим пропускам терапии, при условии клинической стабильности, становится именно нарушение когнитивно-поведенческой регуляции, проявляющееся забывчивостью (рисунок 1.)

Полученные результаты согласуются с современными когнитивно-поведенческими моделями приверженности АРТ, согласно которым, в условиях достижения клинической стабильности пациентов с ВИЧ, нарушения поведения, связанного с приемом терапии, формируются под влиянием эмоциональных, мотивационных и регуляторных механизмов [1,2].

Следует заметить, что выявленные корреляционные связи преимущественно имели слабую или умеренную силу. Вероятно, это связано с особенностями исследуемой когорты, включавшей пациентов с длительным стажем АРТ, неопределяемой вирусной нагрузкой и отсутствием признаков клинической прогрессии ВИЧ-инфекции. В подобных условиях нарушения приверженности формируются под влиянием множества факторов, каждый из которых вносит относительно небольшой вклад в итоговое поведение пациента. При этом даже умеренные по силе ассоциации могут иметь существенное практическое значение, что подтверждается результатами многофакторной логистической регрессии, выявившей выраженное влияние забывчивости на вероятность пропусков АРТ.



Рис.1.

Предполагаемый каскад изменений, связанных с формированием ранних нарушений приверженности АРТ, у клинически стабильных пациентов, живущих с ВИЧ

Выводы.

У пациентов, живущих с ВИЧ, и имеющих длительный стаж антиретровирусной терапии, нарушения приверженности связаны преимущественно не с выраженной клинической декомпенсацией, а с постепенной дестабилизацией эмоциональных, когнитивных и поведенческих механизмов саморегуляции. Наличие даже субклинической депрессивной симптоматики ассоциировалось со снижением самооценки здоровья, ухудшением эмоционального состояния и забывчивостью при приеме АРТ.

Наиболее значимым независимым предиктором пропусков терапии оказалась забывчивость при приеме препаратов, что позволяет рассматривать ее не как случайную бытовую причину, а как раннее проявление нарушения регуляции поведения, связанного с приемом терапии.

Проведенный анализ подтвердил существование взаимосвязанного психологического кластера, включающего депрессивную симптоматику, забывчивость, пропуски АРТ и негативное восприятие ВИЧ-инфекции, а также поддерживает концепцию каскадной модели постепенной дестабилизации приверженности.

Результаты исследования позволяют рассматривать редкие пропуски АРТ как ранний поведенческий маркер дестабилизации поведения, связанного с приемом лекарств, у пациентов, длительно принимающих терапию.

Список литературы:

1. Adefolalu A.O. Cognitive-behavioural theories and adherence: application and relevance in antiretroviral therapy // *South African Journal of HIV Medicine*. – 2018. – Vol. 19, № 1. – Article 762. – DOI: 10.4102/sajhivmed.v19i1.762.

2. Mergenova G., Yeldos T., Nugmanova A., et al. Mental health and cognition in relation to adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV // *Journal of the International AIDS Society*. – 2024. – Vol. 27. – DOI: 10.1002/jia2.26278.
3. Беляева В.В., Козырина Н.В., Соколова Е.В., Кулабухова Е.И., Куимова У.А., Голиусова М.Д. Отношение к болезни как маркер риска нарушения приверженности пациентов, инфицированных ВИЧ / *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. – 2024. – №4. – С.41-46. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/epidem.2024.14.4.41-6>
4. Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В.1, Куимова У.А., Голиусова М.Д., Кулабухова Е.И. Результаты скрининга депрессивной симптоматики у пациентов, принимающих антиретровирусную терапию / *Материалы третьего гомельского международного конгресса «Инфекционные болезни, микробиология и иммунология» 11–12.09.2025 г., Гомель, Беларусь, Журнал инфектологии, 2025. - Т.17 - №3 - Приложение 1 - С.25* <https://ipoeasid.ru/konferentsii-2025/tretij-gomelskij-mezhdunarodnyj-kongress-infektsionnye-bolezni-mikrobiologiya-i-immunologiya-11-12-09-2025-gomel-belarus/>
5. Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В., Кулабухова Е.И., Голиусова М.Д. Стратегии поведения, направленные на совладание со стрессом, пациентов, длительное время принимающих антиретровирусную терапию / *Материалы IX Санкт-Петербургского форума по ВИЧ-инфекции с международным участием. - С.4-10* <https://cdn.congress-ph.online/119/material.pdf>
6. Соколова Е.В., Беляева В.В., Козырина Н.В., Семикова С.Ю., Демченко С.В., Бешимов А.Т., Суворова З.К., Хохлова О.Н., Шегай М.М. Самооценка здоровья как базовый индикатор риска нарушения приверженности при ВИЧ-инфекции / *Материалы IX Санкт-Петербургского форума по ВИЧ-инфекции с международным участием. - С.63-70* <https://cdn.congress-ph.online/119/material.pdf>

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/НСВ

Стасюк Г.Е., Беседин А.Д., Савина В.А., Сечин А.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Резюме. Коинфекция вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и вируса гепатита С (hepatitis C virus, HCV) сохраняет клиническую значимость вследствие ускоренного прогрессирования поражения печени, риска цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы, а также необходимости сочетать антиретровирусную терапию с препаратами прямого противовирусного действия. Выполнен обзор действующих российских и международных рекомендаций и профильных публикаций, включая работы специалистов Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Современная тактика основана на подтверждении активной HCV-инфекции по РНК HCV, неинвазивной оценке фиброза, раннем назначении антиретровирусной терапии, применении пангенотипных схем и



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

обязательной проверке межлекарственных взаимодействий. Препараты прямого противовирусного действия позволяют достигать устойчивого вирусологического ответа более чем у 95% пациентов с ВИЧ/НСV. После излечения необходимы пожизненный скрининг гепатоцеллюлярной карциномы при циррозе и повторное определение РНК НCV у пациентов с продолжающимся риском инфицирования. Интеграция помощи по поводу ВИЧ-инфекции и хронического вирусного гепатита С создает условия для микроэлиминации НCV в ключевых группах населения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; хронический вирусный гепатит С; коинфекция ВИЧ/НСV; антиретровирусная терапия; препараты прямого противовирусного действия; лекарственные взаимодействия; микроэлиминация НCV

Цель. Обобщить современные данные о диагностике, лечении и диспансерном наблюдении взрослых пациентов с коинфекцией ВИЧ/НСV и сформулировать практический алгоритм ведения с учетом действующих рекомендаций.

Материалы и методы. Выполнен нарративный обзор отечественных и зарубежных источников преимущественно за 2015-2026 гг. Анализировали действующие клинические рекомендации Минздрава России по ВИЧ-инфекции и хроническому вирусному гепатиту С, руководства European AIDS Clinical Society, AASLD-IDSA, National Institutes of Health и Всемирной организации здравоохранения, а также рецензируемые публикации, представленные в PubMed и российских научных изданиях. Приоритет отдавали источникам, содержащим данные о пангенотипных режимах, межлекарственных взаимодействиях, повторном инфицировании и организации интегрированной помощи. Отдельно включены актуальные публикации сотрудников Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, соответствующие теме обзора [1, 3].

Результаты и обсуждение.

Клиническая и эпидемиологическая значимость коинфекции

Общие парентеральные и половые пути передачи обуславливают повышенную частоту НCV-инфекции среди людей, живущих с ВИЧ, особенно среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и мужчин, практикующих секс с мужчинами. В структуре новых случаев возрастает значение половой передачи НCV в группах с травматичными сексуальными практиками. Риск повторного инфицирования сохраняется и после успешной противовирусной терапии, поэтому расширение охвата лечением должно сочетаться с профилактическими программами и регулярным тестированием [12, 14, 18, 19].

ВИЧ-инфекция ускоряет фиброгенез за счет хронической иммунной активации, системного воспаления, микробной транслокации и нарушения клеточного противовирусного ответа. Наиболее выраженное прогрессирование наблюдается при неконтролируемой репликации ВИЧ и глубоком снижении CD4⁺-лимфоцитов; дополнительными факторами служат употребление алкоголя, метаболические нарушения и коинфекция вирусом гепатита В [6, 11, 12].

Отдельную практическую проблему составляют редкие случаи медицински обусловленного инфицирования. Описанный специалистами Военно-медицинской академии случай одновременного инфицирования ВИЧ и НCV при гемотрансфузии показывает значение молекулярного подтверждения диагноза, анализа медицинской документации и длительного наблюдения пациента [1].



Диагностика и оценка стадии поражения печени

Всем пациентам с установленной ВИЧ-инфекцией показан скрининг на HCV. При выявлении антител к HCV активную инфекцию подтверждают качественным или количественным определением РНК HCV. При продолжающемся риске заражения исследование повторяют, поскольку у пациентов с выраженной иммуносупрессией серологический ответ может быть отсроченным или недостаточным [2, 5, 7, 8].

До начала лечения оценивают общий анализ крови, билирубин, активность аминотрансфераз, альбумин, международное нормализованное отношение, скорость клубочковой фильтрации, вирусную нагрузку ВИЧ и число CD4+-лимфоцитов. Обязателен скрининг на HBV-инфекцию с определением HBsAg, anti-HBc и anti-HBs: препараты прямого противовирусного действия могут сопровождаться реактивацией HBV, а отсутствие иммунитета является основанием для вакцинации [2, 4, 7, 8].

Стадию поражения печени устанавливают преимущественно неинвазивно. Расчет FIB-4 и APRI целесообразно сочетать с транзитной эластографией. Выявление цирроза определяет выбор режима лечения, противопоказание к ингибиторам протеазы HCV при декомпенсации и необходимость последующего скрининга гепатоцеллюлярной карциномы. При использовании упрощенных пангенотипных алгоритмов генотипирование HCV может не требоваться; оно сохраняет значение, если влияет на выбор режима или тактику повторного лечения [4, 5, 7].

Антиретровирусная терапия

Антиретровирусная терапия показана всем взрослым с ВИЧ-инфекцией и не должна откладываться из-за ХВГС. Подавление репликации ВИЧ уменьшает воспаление и риск прогрессирования поражения печени, но не заменяет этиотропную терапию HCV. Предпочтительны эффективные и хорошо переносимые схемы с минимальным потенциалом взаимодействий, чаще на основе неусиленного ингибитора интегразы [2, 7, 8, 17].

Опубликованный клиникой инфекционных болезней Военно-медицинской академии опыт начала антиретровирусной терапии подтверждает практическую значимость раннего включения пациента в диспансерное наблюдение, выбора современной схемы и контроля эффективности в условиях специализированной медицинской организации [3]. Если антиретровирусный режим требуется изменить для совместимости с терапией HCV, замену проводят заранее, с учетом анамнеза резистентности и последующим контролем РНК ВИЧ. Прерывание АРТ на период лечения HCV недопустимо [7, 8].

Противовирусная терапия хронического гепатита С

Пациентов с ВИЧ/HCV лечат по тем же принципам, что и пациентов без ВИЧ-инфекции, после оценки межлекарственных взаимодействий. Пангенотипные комбинации софосбувир/велпатасвир и глекапревир/пибрентасвир обеспечивают устойчивый вирусологический ответ более чем у 95% больных; их эффективность при коинфекции сопоставима с таковой при HCV-моноинфекции [5, 13, 20].

Продолжительность лечения обычно составляет 8-12 недель и зависит от выбранной комбинации, наличия цирроза, предшествующей терапии и истории неудачи режима. При декомпенсированном циррозе ингибиторы протеазы HCV противопоказаны; тактика определяется совместно с гепатологом и центром трансплантации. Упрощенная модель с ограниченным числом визитов и без обязательного генотипирования показала высокую эффективность, однако не отменяет исходную оценку цирроза, функции почек, HBV-статуса и лекарственных взаимодействий [4, 5, 16].



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Устойчивый вирусологический ответ подтверждают отсутствием РНК HCV через 12 недель и более после завершения терапии. Наличие активного употребления психоактивных веществ или продолжающегося полового риска не является основанием для отказа от лечения; одновременно пациенту предлагают профилактические и социальные вмешательства [5, 18].

Лекарственные взаимодействия и безопасность

До назначения ПППД необходимо составить полный перечень лекарственных средств, включая безрецептурные препараты, фитопрепараты и биологически активные добавки, и проверить каждую комбинацию по актуальному источнику межлекарственных взаимодействий. Клинически значимые взаимодействия связаны с CYP3A4, Р-гликопротеином, BCRP и OATP1B1/3. Усиленные ритонавиром или кобицистатом схемы АРТ, отдельные нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы и некоторые ПППД требуют особого внимания [5, 7, 8, 17].

Потенциальные проблемы возникают также при совместном применении ПППД со статинами, противосудорожными и антиаритмическими средствами, антикоагулянтами, ингибиторами протонной помпы и сильными индукторами CYP3A4. Выявленное взаимодействие не всегда означает отказ от лечения: возможны выбор альтернативного ПППД, временная замена сопутствующего препарата, коррекция дозы или усиление лабораторного мониторинга. Решение принимают индивидуально, не допуская неконтролируемой отмены АРТ [8, 17].

Наблюдение после лечения и профилактика повторного инфицирования

После достижения устойчивого вирусологического ответа пациенты без выраженного фиброза и без продолжающегося риска инфицирования обычно не нуждаются в специальном наблюдении по поводу HCV. При циррозе сохраняется пожизненный риск гепатоцеллюлярной карциномы: ультразвуковое исследование печени выполняют каждые 6 месяцев, а осложнения портальной гипертензии контролируют по профильным рекомендациям. Диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции продолжают независимо от результата лечения HCV [2, 4, 7].

При продолжающемся риске повторного инфицирования показано определение РНК HCV не реже одного раза в год и при необъяснимом повышении активности аминотрансфераз; тест на антитела для этой цели неинформативен. Метаанализы и данные международных когорт подтверждают неоднородность риска реинфекции и необходимость сочетать повторное тестирование с доступом к повторному лечению, снижением вреда и консультированием [9, 10, 15].

Интегрированная помощь и микроэлиминация HCV

Микроэлиминация HCV среди людей, живущих с ВИЧ, достижима при объединении скрининга, подтверждающей диагностики, назначения ПППД и профилактики реинфекции в одном маршруте. Эффективны модели «тестировать и лечить», активный вызов пациентов с положительным анализом, выдача полного курса препаратов, дистанционное сопровождение и быстрое возвращение в лечение после повторного инфицирования [14-16, 18, 19].

Главные барьеры – неполный охват скринингом, задержка между положительным тестом и началом терапии, фрагментация помощи, стигма и недостаточная доступность программ снижения вреда. Поэтому клиническая эффективность ПППД должна дополняться организационными решениями: единым регистром, понятной маршрутизацией,



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

междисциплинарным взаимодействием инфекциониста, гепатолога и клинического фармаколога, а также мониторингом каскада помощи от диагностики до подтвержденного устойчивого вирусологического ответа [14, 18, 19].

Выводы.

1. Коинфекция ВИЧ/НСV требует раннего выявления активной НCV-инфекции, неинвазивной оценки фиброза и одновременного контроля обеих инфекций.

2. Антиретровирусная терапия показана всем пациентам с ВИЧ/НСV; лечение ХВГС пангенотипными ПППД позволяет достигать устойчивого вирусологического ответа более чем у 95% больных.

3. Выбор схемы должен основываться на стадии заболевания печени, функции почек, НВV-статусе, предшествующем лечении и обязательной проверке межлекарственных взаимодействий без прерывания АРТ.

4. После излечения НCV пациенты с циррозом нуждаются в пожизненном наблюдении, а при сохраняющемся риске инфицирования - в регулярном определении РНК НCV и доступе к повторному лечению.

5. Интеграция помощи по поводу ВИЧ-инфекции и ХВГС, включая опыт профильных подразделений Военно-медицинской академии, является практической основой для микроэлиминации НCV.

Список литературы:

1. Булыгин М. А. Случай коинфицирования вирусами иммунодефицита человека и гепатита С при гемотрансфузии: клинические и социально-правовые последствия / М. А. Булыгин, В. Д. Шамигулов, Е. С. Орлова [и др.]. - DOI 10.22328/2077-9828-2024-16-2-118-127 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2024. - Т. 16, № 2. - С. 118-127.
2. ВИЧ-инфекция у взрослых : клинические рекомендации : ID 79 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва, 2024. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/79_2
3. Козлов К. В. Опыт начала антиретровирусной терапии в военно-медицинской организации / К. В. Козлов, М. А. Булыгин, В. Д. Шамигулов [и др.]. - DOI 10.22328/2077-9828-2024-16-4-73-80 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2024. - Т. 16, № 4. - С. 73-80.
4. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у взрослых : клинические рекомендации : ID 516 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва, 2021. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/516_2
5. Bhattacharya D. Hepatitis C Guidance 2023 Update: AASLD-IDSА Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection / D. Bhattacharya, A. Aronsohn, J. C. Price, V. Lo Re III. - DOI 10.1093/cid/ciad319 // Clinical Infectious Diseases. - 2023. - Vol. 77, no. 8. - P. 1268-1275.
6. Chew K. W. Virologic and immunologic aspects of HIV-hepatitis C virus coinfection / K. W. Chew, D. Bhattacharya. - DOI 10.1097/QAD.0000000000001203 // AIDS. - 2016. - Vol. 30, no. 16. - P. 2395-2404.
7. European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines. Version 13.0. - 2025. - URL: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>

8. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents With HIV. Hepatitis C Virus/HIV Coinfection / Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. - Updated 23 March 2023. - URL: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/coinfections-hepatitis-c-virus-hiv>*
9. Hosseini-Hooshyar S. Risk of hepatitis C reinfection following successful therapy among people living with HIV: a global systematic review, meta-analysis, and meta-regression / S. Hosseini-Hooshyar, B. Hajarizadeh, S. Bajis [et al.]. - DOI 10.1016/S2352-3018(22)00077-7 // *The Lancet HIV*. - 2022. - Vol. 9, no. 6. - P. e414-e427.
10. Martinello M. Reinfection after hepatitis C virus treatment: keep testing, keep treating / M. Martinello, G. V. Matthews. - DOI 10.1001/jamanetworkopen.2024.30290 // *JAMA Network Open*. - 2024. - Vol. 7, no. 8. - Article e2430290.
11. Martinello M. Hepatitis C / M. Martinello, S. S. Solomon, N. A. Terrault, G. J. Dore. - DOI 10.1016/S0140-6736(23)01320-X // *The Lancet*. - 2023. - Vol. 402, no. 10407. - P. 1085-1096.
12. Platt L. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis / L. Platt, P. Easterbrook, E. Gower [et al.]. - DOI 10.1016/S1473-3099(15)00485-5 // *The Lancet Infectious Diseases*. - 2016. - Vol. 16, no. 7. - P. 797-808.
13. Rockstroh J. K. Efficacy and safety of glecaprevir/pibrentasvir in patients coinfecting with hepatitis C virus and human immunodeficiency virus type 1: the EXPEDITION-2 study / J. K. Rockstroh, K. Lacombe, R. M. Viani [et al.]. - DOI 10.1093/cid/ciy220 // *Clinical Infectious Diseases*. - 2018. - Vol. 67, no. 7. - P. 1010-1017.
14. Ryan P. Hepatitis C elimination in people with HIV: progress, gaps, and future directions / P. Ryan, J. Berenguer. - DOI 10.1097/COH.0000000000000999 // *Current Opinion in HIV and AIDS*. - 2026. - Vol. 21, no. 2. - P. 160-165.
15. Sacks-Davis R. Changes in incidence of hepatitis C virus reinfection and access to direct-acting antiviral therapies in people with HIV from six countries, 2010-19: an analysis of data from a consortium of prospective cohort studies / R. Sacks-Davis, D. K. van Santen, A. Boyd [et al.]. - DOI 10.1016/S2352-3018(23)00267-9 // *The Lancet HIV*. - 2024. - Vol. 11, no. 2. - P. e106-e116.
16. Solomon S. S. A minimal monitoring approach for the treatment of hepatitis C virus infection (ACTG A5360 [MINMON]): a phase 4, open-label, single-arm trial / S. S. Solomon, S. Wagner-Cardoso, L. Smeaton [et al.]. - DOI 10.1016/S2468-1253(21)00397-6 // *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. - 2022. - Vol. 7, no. 4. - P. 307-317.
17. Soriano V. Safety considerations in the management of hepatitis C and HIV co-infection / V. Soriano, V. Moreno-Torres, A. Treviño [et al.]. - DOI 10.1080/14740338.2023.2206647 // *Expert Opinion on Drug Safety*. - 2023. - Vol. 22, no. 5. - P. 363-372.
18. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. - Geneva : WHO, 2022. - ISBN 978-92-4-005239-0. - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>
19. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. - Geneva: WHO, 2022. - 134 p. - ISBN 978-92-4-005377-9. - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>



20. Wyles D. Sofosbuvir and velpatasvir for the treatment of hepatitis C virus in patients coinfectd with human immunodeficiency virus type 1: an open-label, phase 3 study / D. Wyles, N. Bräu, S. Kottlil [et al.]. - DOI 10.1093/cid/cix260 // *Clinical Infectious Diseases*. - 2017. - Vol. 65, no. 1. - P. 6-12.

ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ ПРИЕМА ГЕРОИНА И ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

Султанбекова Л.Н., Ниаури Д.А., Петрова Н.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург*

Резюме. Медицинское сообщество находится условиях дальнейшего поиска персонализированных подходов в медицинском сопровождении коморбидных пациентов в условиях сочетания ВИЧ-инфицирования, потребления ПАВ и беременности.

Ключевые слова: беременность, перинатальные исходы, ВИЧ-инфекция, героиновая зависимость

Введение. В условиях сохраняющейся доли инъекционных наркопотребителей среди ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста актуальны задачи поиска усовершенствованных лечебно-профилактических подходов в оказании медицинской помощи данной категории пациентам для оптимизации течения беременности и улучшения перинатальных исходов и реабилитации самой наркотической зависимости [3,4,7]. В решении данных задач актуален персонализированный подход [1,2,5,6]. Многофакторное исследование социально-демографических, психоэмоциональных и клиничко-анамнестических аспектов в условиях пролонгирования приема героина и формирования ремиссии позволит выявить мишени для оказания социальной, психологической и медицинской помощи, а также определить ресурсы потенцирования ремиссии у наркозависимых.

Цель. Изучить психическую адаптацию, особенности наркопотребления, течение беременности и перинатальные исходы у ВИЧ-инфицированных беременных с героиновой зависимостью.

Материалы и методы. На базе специализированного родильного отделения для ВИЧ-инфицированных (отделение № 16) ГИБ № 30 им. С.П. Боткина обследовано 72 героинозависимых ВИЧ-инфицированных женщин в третьем триместре с 2Б и 3А стадией ВИЧ-инфекции с проспективным анализом перинатальных исходов (средний возраст – 23,1 года): 40 женщин с ремиссией 6 месяцев – 1 год, 16 женщин, вступивших в ремиссию с ранних сроков беременности и 16 женщин, продолжавших прием героина в течение всей беременности.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Использованы следующие методы: клинико-anamnestический, клинико-лабораторный, ультразвуковая диагностика и экспериментально-психологический. Экспериментально-психологический метод представлены тестом Хейма для определения копинг-механизмов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере и шкалой реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина для дифференцированной оценки тревоги как состояния и тревожности как свойства личности.

Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения Microsoft Excel и пакета программ STATISTICA 10.0. Достоверность различий показателей определялась при помощи t-критерия Стьюдента и χ^2 критерия Пирсона, корреляционный анализ по Спирману и Пирсону. Статистическую значимость различий определяли при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. У 66,7% наркозависимых стаж ВИЧ-инфицирования составляет 1-5 лет, все беременные инфицированы ВИЧ парентеральным путем. 11% наркозависимых скрывает от всех свой ВИЧ-статус, но более половины наркозависимых информируют о своем статусе и супруга и родителей (56%). Во время данной беременности 22% ВИЧ-инфицированных наркозависимых спонтанно отказались от приема наркотиков, половина из них с ранних сроков, а 22% продолжали прием наркотиков в течение всей беременности. Основная доля наркозависимых женщин с неустойчивыми семейными отношениями. Доля женщин, имевших ребенка, среди наркозависимых 33%, все дети рождены до ВИЧ-статуса. Для 22% ВИЧ-инфицированных наркозависимых беременность была первой, для 44% наркозависимых беременность была не запланирована, но для 77,8% беременность была желанной. При этом 33% наркозависимых сталкивались с негативным отношением полового партнера к данной беременности – чаще женщины с неустойчивыми отношениями. Для наркозависимых характерен высокий показатель искусственных абортов (66,7%, у 11% - три и более). 22% не наблюдались в ЖК во время беременности, 22% нерегулярно. Сроки взятия на учет в ЖК ($r = -0,67$) и активность наблюдения ($r = -0,37$), наличие АРВТ во время беременности и ее начало тесно взаимосвязаны с употреблением наркотиков во время беременности ($r = -0,59$; $p = 0,04$).

Часто встречающимися осложнениями беременности и родов у наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин являются анемия (77,7%), преэклампсия (в 55,6%), многоводие (в 44,5%), преждевременные роды (33,3%), чаще производится кесарево сечение в экстренном порядке (в 22,2%). Для женщин, продолжающих прием героина в течение всей беременности характерны очень ранние преждевременные роды (28-31 неделя 6 дней по ВОЗ), а в группе женщин с ремиссией до наступления беременности были характерны поздние преждевременные роды (34-36 недель 6 дней по ВОЗ). Оценка доношенности новорожденного по шкале Апгар у наркозависимых была $7 \pm 0,63$ баллов и достоверно независима от сроков наступления ремиссии и коррелировала с употреблением героина в третьем триместре беременности. У новорожденных респираторный дистресс-синдром установлен в 22,2 % (преждевременные роды). Каждый третий новорожденный по состоянию был переведен в детскую больницу. При анализе антропометрических показателей доношенных новорожденных, с учетом половой принадлежности и разделив группу матерей по ремиссии, наступившей до беременности (вес детей 3217 ± 375 грамм) или с ранних сроков беременности (вес детей 3083 ± 453 грамм) достоверных отличий не обнаружено ($p = 0,14$). В то же время вес новорожденного ребенка коррелирует с продолжительностью потребления героина до поздних сроков беременности ($r = 0,71$).



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Личностно-психологические особенности ВИЧ-инфицированных наркозависимых беременных характеризовались наличием умеренно выраженного тревожного радикала (личностная тревожность – ЛТ): у 50%, продолжающих прием героин во время беременности и у 80% беременных в ремиссии, наступившей до беременности и у 100% с ремиссией с ранних сроков; высокий показатель ЛТ отмечался у 50% с пролонгированием приема и 20% с ремиссией до беременности. Уровень личностной тревожности достоверно коррелирует с наличием конфликтов в семье ($r=-0,626$; $p=0,036$) и пролонгированием приема героина ($r=-0,71$; $p=0,017$) и с преэклампсией ($r=0,599$; $p=0,044$), исходом беременности и видом родоразрешения ($r=-0,658$; $p=0,027$ и $r=0,786$; $p=0,006$ соответственно), а также оценкой новорожденного по шкале Апгар ($r=-0,681$; $p=0,022$). В клинической картине не отмечено наличия выраженных тревожных или депрессивных расстройств, что подтверждается уровнем реактивной тревожности (РТ): у ВИЧ-инфицированных женщин в ремиссии с ранних сроков низкая РТ у 50% и умеренная у 50%, у 100% женщин, продолжающих прием в течение беременности также низкий радикал РТ. В то же время ВИЧ-инфицированные беременные в ремиссии, наступившей до беременности демонстрируют выраженный тревожный радикал РТ в 20%, что демонстрирует актуальность психологического сопровождения данных пациентов.

На когнитивном уровне в 50 % беременные с пролонгированием приема героина демонстрируют неконструктивные копинг-стратегии с преобладанием «растерянности», половина наркозависимых ВИЧ-инфицированных беременных с ремиссией с ранних сроков беременности и каждая пятая с ремиссией до наступления беременности с «игнорированием» проблемы. В то же время, у 50% с пролонгированием приема и ремиссией наблюдаются относительно конструктивные стили совладающего поведения со стрессом с преобладанием «религиозности» («На все воля божья»), и в 40% у женщин с ремиссией до наступления беременности отмечается конструктивные копинг-стратегии по типу «проблемного анализа» стрессовой ситуации и «установки собственной ценности» («В данное время я полностью не могу совладать с трудностями, но со временем смогу справиться и с ними и с более сложными»). В поведенческой сфере испытуемых преобладают относительно конструктивные копинг-стратегии «отвлечение», «компенсация» и «конструктивная активность» («чтобы пережить трудности, берусь за осуществление своей давней мечты»). Беременные в ремиссии демонстрируют конструктивные копинг-стратегии с преобладанием «сотрудничества» и «обращения», что дает возможность лучшего психологического контакта и повышает эффективность медико-социальной реабилитации необходимой данному контингенту беременных. Однако, 20% женщин с ремиссией до наступления беременности сохраняются неконструктивные копинг-стратегии по типу «активное избегание» проблемы.

Выводы. Репродуктивные аспекты ВИЧ-инфицированных женщин с героиновой зависимостью характеризуются высоким паритетом беременности и частотой искусственных абортов, отсутствием планирования беременности и предгравидарной подготовки, низкой приверженностью к медицинскому сопровождению. На приверженность к медицинскому сопровождению влияет ряд социально-демографических и психоэмоциональных факторов – взаимоотношения с близкими, половыми партнерами, характер семейных отношений, осведомленность близких о ВИЧ-статусе женщины, что может быть использовано в работе с пациентами.

Сроки родоразрешения ВИЧ-инфицированных с героиновой зависимостью зависят от сроков наступления ремиссии и продолжительности потребления героина во время беременности: потребление героина в течение всей беременности коррелирует с очень ранними преждевременными родами, ремиссия до наступления беременности взаимосвязана с поздними преждевременными родами. Антропометрические показатели новорожденных в условиях ремиссии до наступления беременности сопоставимы с таковыми при наступлении ремиссии с ранних сроков беременности.

Показатель личностной тревожности, достоверно коррелирующий с презклампсией, может быть использован в диагностике как предиктор. Сохраняющий высокий ситуативный тревожный радикал у наркозависимых беременных в ремиссии демонстрирует актуальность психологического сопровождения, в том числе для профилактики срывов ремиссии. В то же время низкий показатель реактивной тревожности у беременных с пролонгацией приема героина обусловлен действием самого опиоида с подавлением стрессовой реакции, за которым стоит психическая дезадаптация.

Наличие неконструктивных копинг-стратегий совладания со стрессом демонстрируют необходимость психокоррекционной работы для улучшения психической адаптации, потенцирования и поддержания ремиссии героиновой зависимости, медицинского сопровождения и тем самым оптимизации течения беременности и перинатальных исходов.

Список литературы:

1. Количественная оценка приверженности к лечению пациентов, инфицированных ВИЧ / Е. В. Соколова, В. В. Беляева, Н. В. Козырина [и др.] // *X Санкт-Петербургский форум по ВИЧ-инфекции с международным участием: Материалы форума, Санкт-Петербург, 02–03 октября 2025 года.* – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье», 2025. – С. 75-80.
2. Лунева, Н. Н. Исходы беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин / Н. Н. Лунева, А. Г. Петров // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2026. – Т. 26, № 1. – С. 18-23.
3. Мозалева, О. Л. Особенности течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин / О. Л. Мозалева, А. В. Самарина // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2021. – Т. 70, № 3. – С. 103-113.
4. Мозалева, О. Л. Профилактика перинатальной передачи вируса иммунодефицита человека: от первых шагов до возможности элиминации / О. Л. Мозалева, А. В. Самарина // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2020. – Т. 69, № 6. – С. 107-116.
5. Организационно-методические подходы к формированию у ВИЧ-инфицированных пациентов приверженности лечению и диспансерному наблюдению / Ю. К. Плотникова, Н. Ф. Князюк, Н. В. Верлан [и др.] // *Менеджмент качества в медицине.* – 2021. – № 3. – С. 80-84.
6. Персонализированный подход к лечению пациента с ВИЧ-инфекцией / Н. А. Беляков, В. В. Рассохин, Е. В. Степанова [и др.] // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 7-34.
7. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №50. – Москва, 2025. – 79 с.



УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Тулинова И.А.¹, Андрейас С.В.¹, Ситник Т.Н.^{1,2},
Хаперсков А.В.^{1,2}, Комчарова А.О.^{1,2}

¹Воронежский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД,

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

Резюме. Цель исследования. Оценка зависимости уровня информированности о ВИЧ-инфекции от уровня образования среди работающего населения Воронежской области.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов анонимного онлайн-анкетирования среди 1037 сотрудников из 32 организаций, участвовавших в профилактических мероприятиях 2025 года, в том числе вебинаре с онлайн-консультацией специалистов БУЗ ВО «ВОКЦПиБС». Респонденты разделены на три группы: среднее общее (n=117), среднее специальное (n=276) и высшее образование (n=644). Оценивались корректность знаний о путях передачи, биологических средах, группах риска, методах диагностики и лечения, а также отношение к тестированию и источникам информации.

Результаты. Общий уровень информированности был высоким во всех группах (96,4%, 96,6% и 98,0% соответственно), однако выявлены статистически значимые различия по ряду позиций. Респонденты с высшим образованием демонстрировали более точные знания о парентеральном пути передачи, вертикальном пути, а также о роли грудного молока. В то же время группа среднего общего образования чаще ошибочно указывала поцелуй как путь передачи и реже показывала знания о скрытом периоде. Все группы показали высокую готовность к обследованию на ВИЧ и доверие к медицинским источникам.

Заключение. Уровень образования влияет на отдельные аспекты знаний о ВИЧ, особенно в вопросах, требующих понимания биологических механизмов. Информационно-просветительские мероприятия должны учитывать уровень образования аудитории, делая акцент на разъяснении тонких моментов эпидемиологии для групп со средним образованием. Выявленный высокий базовый уровень знаний во всех группах свидетельствует об эффективности проводимых межведомственных мероприятий, в том числе целевой группе – работающем населении.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, информированность, уровень образования, работающее население, профилактика, анкетирование

Введение. ВИЧ-инфекция остается одной из главных угроз общественному здоровью в Российской Федерации, причем эпидемический процесс в последние годы все больше смещается в трудоспособное население [6, 11, 12]. В нашей стране реализуется Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции до 2030 года [4, 5], а на региональном уровне – межведомственные программы, интегрирующие профилактику в сферу труда [3, 8]. Эффективность таких программ подтверждена на примере Воронежской области, где комплексный подход позволяет

продолжать достигать целевого уровня информированности работающего населения [2]. Нацеленность профилактической работы в Воронежской области на трудоспособное население продиктована внутренним смещением эпидемической ситуации в последние годы на возрастные группы 41-50 лет и преобладание постоянно работающих среди впервые выявленных [10].

Уровень образования традиционно рассматривается как один из ключевых предикторов безопасного поведения в плане сохранения здоровья. Понимание этой связи позволяет адаптировать информационно-просветительские мероприятия под конкретную аудиторию, повышая их эффективность. В доступной литературе недостаточно данных анализа усвоения профилактических знаний в зависимости от уровня образования, особенно в контексте реализации информационно-коммуникационных кампаний среди работающего населения. Уровень информированности граждан по ВИЧ-инфекции имеет ключевое значение в отношении сохранения репродуктивного здоровья населения [7], что является в настоящее время приоритетом развития государственной политики.

Цель. Целью настоящего исследования стала оценка различий в уровне знаний о ВИЧ-инфекции среди сотрудников предприятий с тремя уровнями образования (среднее общее, среднее специальное, высшее) в рамках единой профилактической кампании.

Материалы и методы. Исследование выполнено как вторичный анализ данных, собранных в ходе межведомственной программы профилактики ВИЧ-инфекции на рабочих местах в Воронежской области в 2025 году. Программа охватила 32 организации различных отраслей, а для оценки информированности использовалась стандартизированная анкета, разработанная на основе методических рекомендаций [1]. Опрос проводился анонимно с использованием онлайн-платформы Яндекс.Формы среди сотрудников в возрасте 18–49 лет. Всего получено 1037 валидных анкет.

Для настоящего анализа респонденты были распределены на три группы по указанному уровню образования:

- среднее общее – 117 человек (11,3%);
- среднее специальное – 276 человек (26,6%);
- высшее (включая незаконченное высшее с 4-го курса) – 644 человека (62,1%).

Оценивались следующие блоки: общая информированность (рассчитывалась как доля правильных ответов на ключевые вопросы), знание путей передачи, биологических сред, групп риска, методов диагностики и лечения, а также отношение к тестированию и источникам доверия. Статистическая обработка проводилась с использованием описательной статистики; сравнение относительных показателей выполнялось с помощью критерия χ^2 (уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Общий уровень информированности по вопросам ВИЧ-инфекции оказался высоким во всех трех группах и составил 96,41% для лиц со средним общим образованием, 96,64% – со средним специальным и 97,96% – с высшим. Несмотря на небольшие численные различия, тенденция к повышению знаний с ростом образования прослеживается. Однако при детальном рассмотрении отдельных вопросов выявляются различия, которые могут иметь практическое значение.

В таблице 1 представлены сводные данные по основным вопросам анкеты в процентном выражении.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Таблица 1.

Сравнение правильных ответов на вопросы анкеты в зависимости от уровня образования (%)

Вопрос / категория ответа	Среднее общее (n=117)	Среднее специальное (n=276)	Высшее (n=644)	p (χ^2)
Общая информированность	96,41	96,64	97,96	<0,05
ВИЧ – вирусное заболевание	100,0	100,0	100,0	–
Личная уязвимость (да)	91,5	92,8	94,3	>0,05
Влияние на организм:				
– разрушает иммунную систему	85,5	88,4	91,6	<0,01
Пути передачи:				
– инъекционные иглы	97,4	98,2	99,4	>0,05
– от матери к ребенку (беременность)	94,0	95,3	98,3	<0,01
– от матери к ребенку (грудное молоко)	94,0	91,3	97,0	<0,01
– незащищенные половые контакты	99,1	98,2	99,7	>0,05
– через поцелуи (ошибочно)	8,5	0,7	0,6	<0,001
– укусы насекомых (ошибочно)	2,6	2,2	2,6	>0,05
Опасные биологические среды:				
– кровь	98,3	98,9	99,5	>0,05
– сперма	99,1	100,0	100,0	>0,05
– вагинальный секрет	100,0	100,0	100,0	–
– грудное молоко	94,0	93,5	97,2	<0,01
Группы риска:				
– медицинские работники	96,6	96,4	98,0	>0,05
– лица со случайными связями	100,0	99,3	99,8	>0,05
– потребители инъекционных наркотиков	98,3	100,0	100,0	>0,05
– лица с нетрадиционной ориентацией	96,6	95,7	97,7	>0,05
– коммерческие секс-работники	94,9	93,8	96,7	<0,05
Диагностика:				
– анализ крови на ВИЧ	93,2	96,4	98,9	<0,001
– затруднились ответить	6,8	2,2	0,0	<0,001
Скрытый период (есть)	92,3	95,7	98,8	<0,001
Хроническое течение (да)	96,6	96,0	96,4	>0,05
Рождение здорового ребенка при лечении	99,1	99,3	99,7	>0,05
Существование АРВ-терапии	92,3	94,2	97,4	<0,01



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Осведомленность о распространенности в регионе	96,6	98,6	98,0	>0,05
Меры при опасности заражения – повторное обследование	94,0	95,7	96,4	>0,05
Доверие медицинским работникам	99,1	99,3	98,8	>0,05
Доверие сотрудникам телефона доверия Центра СПИД	100,0	100,0	99,7	>0,05
Нужда в углубленной информации	99,1	95,7	96,6	<0,05
Регулярность информации важна	95,7	93,8	97,5	<0,05

Наиболее заметные различия касаются знаний о механизмах передачи и биологических жидкостях. Вопросам репродуктивных рисков в регионе уделяется повышенное внимание при всех формах просветительских мероприятий. Ранее, при анализе 2021 года социально-демографических и поведенческих характеристик ВИЧ-инфицированных беременных Воронежской области, повышающих риски перинатального инфицирования ВИЧ, выявлены отягощающие факторы, приводящие к поздней постановке на учет по беременности: недостаточный уровень образования и информированности о ВИЧ [9].

Так, правильное указание грудного молока как опасной среды варьирует от 93,5% (среднее специальное) до 97,2% (высшее), а знание вертикального пути (во время беременности и родов) – от 94,0% (среднее общее) до 98,3% (высшее). Это указывает на то, что респонденты с более высоким образованием лучше усваивают сложные эпидемиологические аспекты.

Особенно показательным является вопрос о передаче через поцелуи: ошибочное мнение встречается у 8,5% лиц со средним общим образованием, тогда как в других группах – менее 1% ($p < 0,001$). Аналогичная картина наблюдается для знания о скрытом периоде заболевания (92,3% против 98,8% у высшего образования).

Что касается групп риска, то все группы демонстрируют высокую осведомленность, однако доля правильно указавших в качестве группы риска – коммерческих секс-работников несколько ниже у респондентов со средним специальным образованием (93,8% против 96,7% у высшего).

Положительным моментом является абсолютное (100%) знание о необходимости и месте тестирования, а также о роли презервативов. Это свидетельствует о том, что базовые профилактические сообщения достигли всех слоев работающего населения. Также практически все участники толерантны к людям, живущим с ВИЧ, что говорит о снижении стигмы.

Доверие к медицинским источникам информации во всех группах превышает 98%, что подтверждает авторитет врачей и сотрудников Центра СПИД. Однако респонденты со средним образованием чаще доверяют СМИ (35–37%) по сравнению с высшим (32,3%), хотя эта разница не критична.

Анализ демографических характеристик респондентов показывает, что группы различаются по полу, возрасту и материальному положению. В группе высшего образования преобладают женщины (68,6%), тогда как в группах среднего образования

– мужчины. Это связано с отраслевой структурой предприятий, участвовавших в опросе. Возрастной состав также разнится: респонденты со средним общим образованием в основном молодые (89,7% – 20–29 лет), со средним специальным – 30–39 лет, с высшим – преимущественно 40–49 лет (76,6%). Эти факторы могут вносить дополнительный вклад в различия, однако образовательный компонент остается самостоятельным предиктором.

Следует отметить, что при высоком общем уровне информированности сохраняются единичные не верные ответы даже в группе с высшим образованием. Например, 3,1% затруднились ответить о влиянии ВИЧ на иммунную систему, 1,6% не усвоили информацию о хроническом течении. Это подчеркивает необходимость более тщательного информирования с целью поддержания уровня базовых знаний.

Выводы. Высокий уровень информированности работающих граждан объясняется систематической работой в рамках трехсторонних соглашений и реализации информационно-коммуникационной кампании. Данные нашего исследования согласуются с выводами о том, что группы населения с более высоким уровнем образования лучше осведомлены, но разница не является подавляющей при достаточном уровне организации профилактики.

Рекомендуется усилить разъяснительную работу в трудовых коллективах со средним общим образованием, делая акцент на развенчании мифов о бытовых путях передачи и важности ранней диагностики, а также на углубленном информировании о вертикальной передаче и грудном вскармливании.

Таким образом, хотя уровень образования статистически значимо влияет на отдельные аспекты знаний, общая картина превышает целевые показатели информированности во всех группах работающего населения по итогам проведения образовательных мероприятий. Полученные данные могут служить основой для разработки дифференцированных образовательных модулей в корпоративных программах профилактики.

Список литературы:

1. Методические рекомендации по проведению исследований оценки уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции. – М., 2017. – 31 с.
2. Никитина Л.М., Тулинова И.А., Ситник Т.Н. Опыт организации комплексных мероприятий по профилактике ВИЧ в Воронежской области // *Регион: системы, экономика, управление*. – 2019. – №2 (45). – С. 52-59.
3. Областное трехстороннее соглашение между Правительством Воронежской области, объединением профсоюзов и объединением работодателей на 2026 - 2028 годы. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=196&documentId=32632>
4. Плутницкий А.Н., Куликова И.Б., Мазус А.И. Государственная политика противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Актуальные вопросы поведенческой гигиены. ИЛЫНСКИЕ ЧТЕНИЯ 2023. Сборник материалов международной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. Москва, 2023:162-165. EDN: MDLRCZ
5. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №50. – Москва, 2025. – 79 с.

6. Распоряжение Правительства РФ от 21.12.2020 N 3468-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года». – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
7. Репродуктивное здоровье: дайджест [Электронный ресурс] / О.Б. Полякова, Т.И. Бонкало, В.А. Степанова. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/daydzhest-meditsinskiy-turizm-i-eksportmeditsinskikh-uslug/> – Загл. с экрана. – 56 с.
8. Ситник Т.Н., Тулинова И.А. Андрейас С.В. Хаперсков А.В. Оценка адресности мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на территории Воронежской области // В сборнике: Актуальные вопросы профилактической медицины, организации здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: факторы, технологии, оценка рисков. Ежегодный сборник научных трудов. Нижний Новгород, 2026. С. 288-292. <https://doi.org/10.24412/cl-37529-2026-6-288-292>
9. Ситник Т.Н., Чемодурова Ю.В., Тулинова И.А. Социально-демографические предпосылки перинатального инфицирования ВИЧ в Воронежской области // Санитарный врач. 2023. № 8. С. 477-488. DOI:10.33920/med-08-2308-01
10. Хаперсков А.В., Ситник Т.Н., Андрейас С.В., Богатова И.С. Эффективность комплексной программы профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов среди работающего населения (на примере Воронежской области) // Гигиенические, эпидемиологические и экологические аспекты профилактики заболеваний: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — Воронеж: ИП Никулина С.Л., 2026. — С. 300-305.
11. Цыбикова Э.Б., Котловский М.Э., Фадеева С.О., Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди пациентов в возрасте 45 лет и старше в России: 2017–2024 гг. // Менеджер здравоохранения. 2026.
12. Шульц К.В., Широкоступ С.В., Лукьяненко Н.В. Некоторые эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции на современном этапе на территории Российской Федерации (обзорная статья) // Медицина. – 2023. – №11(3). – С. 76-90.

ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИЕМА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Ханов И.А.^{1,2}, Музыкин М.И.^{1,3}

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

³Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена анализу юридических аспектов отказа в оказании стоматологических услуг ВИЧ-инфицированным пациентам в Российской Федерации. Проблема обусловлена распространенной практикой уклонения от предоставления плановой стоматологической помощи таким пациентам под предлогом повышенного риска

заражения медицинского персонала, что противоречит действующему законодательству, врачебной этике и профессиональному долгу. В статье анализируются положения российского законодательства по обозначенному вопросу, особое внимание уделено правовой природе договора на оказание медицинских услуг как публичного, что исключает возможность произвольного отказа в приеме. Исследование выявляет устойчивую практику неправомерных отказов со стороны частных стоматологических клиник, нередко прикрывающихся формальными предложениями, не подтвержденными объективными медицинскими показаниями. На основе судебной практики и выводов Конституционного Суда РФ обосновывается необходимость правовой ответственности за подобные действия, а также предлагаются меры по совершенствованию правоприменения. Отдельный акцент сделан на обязательности соблюдения санитарно-эпидемиологических требований и алгоритмов постконтактной профилактики в случае аварийных ситуаций. Авторы приходят к выводу о необходимости законодательной и организационной трансформации системы здравоохранения для обеспечения недискриминационного доступа ВИЧ-положительных пациентов к стоматологической помощи, а именно внедрить на законодательном уровне обязанность медицинских организаций регистрировать все обращения и фиксировать основания отказа; усилить контроль со стороны Росздравнадзора и прокуратуры за соблюдением прав пациентов с ВИЧ; разработать типовые формы жалоб и методические рекомендации по юридической самозащите пациентов; ввести обязательные правовые тренинги для администраторов и медицинского персонала частных клиник; расширить применение административной и уголовной ответственности за дискриминацию в медицинской сфере.

Ключевые слова: ВИЧ, стоматология, отказ в медицинской помощи, дискриминация, право на здоровье, медицинская этика, санитарно-эпидемиологические нормы, публичный договор

Введение. Несмотря на успехи современной медицины в лечении и контроле вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ), в российской системе здравоохранения по-прежнему сохраняется дискриминационное отношение к ВИЧ-положительным пациентам, особенно в сегменте стоматологических услуг. Антиретровирусная терапия (далее – АРВТ) позволяет пациентам достигать неопределяемой вирусной нагрузки, делая их безопасными как для окружающих, так и для медицинского персонала. Тем не менее, значительное число медицинских учреждений, особенно частных стоматологических клиник, отказывают таким пациентам в плановом лечении – имплантации, протезировании, отбеливании, эстетических манипуляциях. Подобная практика вызывает серьезные правовые, этические и социальные вопросы.

Цель. Целью настоящего исследования является всесторонний анализ действующего законодательства Российской Федерации, регулирующего право на медицинскую помощь без дискриминации по признаку ВИЧ-статуса, а также выявление юридических пробелов, правоприменительных проблем и предложений по совершенствованию правового механизма защиты прав ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. В качестве методологической основы исследования использовались общенаучные и частноправовые методы познания: формально-юридический метод, сравнительно-правовой анализ, системный подход, анализ судебной практики, а также нормативно-догматический метод. Эмпирическую базу составили нормы российского законодательства и акты судебной власти Российской Федерации.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Результаты и их обсуждение. Результаты анализа указывают на наличие несоответствия между нормативной гарантией права на медицинскую помощь и реальной практикой оказания услуг пациентам с ВИЧ.

Так, согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации [1], каждый имеет право на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Ст.11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ [5] закрепляет принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи. Данная норма носит императивный характер и направлена на защиту прав пациентов, обратившихся в медицинскую организацию, участвующую в реализации программы государственных гарантий. В частности, она прямо запрещает как отказ в предоставлении помощи по мотивам, не связанным с объективным отсутствием медицинских показаний, так и неправомерное взимание платы за услуги, которые должны оказываться бесплатно. Ст. 17 Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ [4] прямо запрещает любые формы дискриминации по признаку ВИЧ-статуса. Таким образом, отказ в оказании помощи, основанный на ВИЧ-статусе пациента, при отсутствии иных обоснованных медицинских причин, является нарушением действующего законодательства РФ.

Обозначенные правовые нормы служат важным юридическим основанием для правовой защиты лиц, подвергшихся необоснованному отказу в медицинской помощи, и одновременно возлагает на медицинские организации позитивную обязанность обеспечивать равный доступ к медицинским услугам независимо от социального, правового или инфекционного статуса пациента.

Более того, согласно статье 426 Гражданского кодекса РФ (далее – ГК РФ) [2], договор об оказании медицинских услуг имеет публичный характер, и отказ в его заключении со стороны клиники, при отсутствии медицинских противопоказаний, является неправомерным. Правовой статус договора медицинского обслуживания как публично-го (ст. 426 ГК РФ) означает не только обязанность медицинской организации вступить в договорные отношения при обращении пациента, но и невозможность произвольного отказа, если речь идет о деятельности, заявленной организацией публично и осуществляемой на профессиональной основе.

Таким образом, совокупность обозначенных правовых норм формирует четкую и взаимосвязанную систему юридических гарантий, направленных на исключение дискриминации в сфере оказания медицинской помощи, включая стоматологические услуги, лиц, живущих с ВИЧ.

Несмотря на это, стоматологические учреждения продолжают использовать формальные поводы – «отсутствие условий», «опасность для персонала» и прочие доводы, не основанные на медицинских или правовых нормах. Особую обеспокоенность вызывает неформализованный характер отказов. Зачастую администрация клиник просто не записывает пациента, избегая официальной регистрации обращения и, соответственно, возможности обжалования действий учреждения. Это создает правовую неопределенность и нарушает положения статьи 5 Закона «О защите прав потребителей» [3], а также подрывает саму идею правового государства.

Судебная практика в данном направлении пока ограничена, однако уже имеются положительные решения. Так, Конституционный Суд Российской Федерации в Определении от 06.06.2002 № 115-О указал, что отказ в оказании медицинской помощи противоречит самой сути врачебной деятельности, подрывает основы профессионального долга медицинского работника, а также нарушает совокупность моральных, этических и правовых



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

норм, регламентирующих отношения врача и пациента. Эти положения приобретают особую значимость в контексте оказания стоматологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Правовая оценка отказа в приеме таких лиц ссылается не только на дискриминационный характер подобных действий, но и на то, что врач, нарушая свой профессиональный и моральный долг, отступает от закрепленной законом обязанности оказывать помощь без предвзятости и на равных началах. В условиях современного уровня развития антиретровирусной терапии, при которой ВИЧ-инфицированный пациент может иметь неопределяемую вирусную нагрузку и не представлять эпидемиологической угрозы, отказ в проведении плановых стоматологических процедур не может быть оправдан ни с точки зрения медицинской целесообразности, ни с позиции юридически допустимого поведения. Это требует не только строгого соблюдения положений Федерального закона № 323-ФЗ, но и актуализации механизмов профессиональной ответственности за необоснованный отказ в медицинской помощи, особенно в тех случаях, где отказ сопряжен с предвзятым отношением к ВИЧ-статусу пациента.

Анализ показывает отсутствие у медицинских работников и администраторов достаточной правовой грамотности в вопросах обращения с ВИЧ-положительными пациентами. Отсутствие обязательных правовых инструктажей и семинаров, недостаточный уровень осведомленности, а также правовой нигилизм создают условия для устойчивой дискриминации. Более того, действующее законодательство не содержит норм, обязывающих вести учет отказов и регистрировать обращения пациентов, что лишает возможности мониторинга и системной оценки проблемы.

Одним из ключевых элементов системы защиты прав ВИЧ-инфицированных лиц при оказании медицинской помощи является не только обеспечение доступа к услугам, но и реализация адекватных мер инфекционной безопасности в медицинских организациях. Учитывая широкое распространение ВИЧ-инфекции в популяции, каждый медицинский работник – вне зависимости от профиля и специализации – должен исходить из принципа потенциальной инфекционной опасности любого пациента. Такой подход является универсальным требованием эпидемиологической безопасности и призван минимизировать риски профессионального заражения вирусами, передающимися гемоконтактным путем, включая вирус иммунодефицита человека, вирусные гепатиты В и С, а также ряд других патогенов.

Согласно положениям Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 3.3686-21, утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 4 (вступивших в силу с 1 сентября 2021 года), соблюдение противозидемического режима является обязательным требованием для всех медицинских организаций, независимо от формы собственности. Пункт 640 указанных норм устанавливает, что основой профилактики ВИЧ-инфекции в условиях оказания медицинской помощи является системное и неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенических и инфекционно-контрольных мероприятий в повседневной клинической практике.

К числу базовых процедур, направленных на обеспечение инфекционной безопасности, относится комплекс организационно-технических мер, среди которых особо выделяются: многоуровневая система обработки медицинских изделий (предстерилизационная очистка, дезинфекция и стерилизация), грамотная организация работы с медицинскими отходами, обеспечение медицинских работников необходимым арсеналом



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

средств индивидуальной защиты, использование одноразового инструментария либо строгое соблюдение требований при эксплуатации многоразовых изделий медицинского назначения. Кроме того, медицинские организации должны быть оснащены современным санитарно-техническим оборудованием, средствами экспресс-диагностики и препаратами для экстренной постконтактной профилактики.

Особое внимание уделяется индивидуальному использованию инвазивных и диагностических устройств – таких как глюкометры, автоматические инъекционные устройства, ланцеты, экспресс-анализаторы и прочие инструменты, контактирующие с кровью или слизистыми. При использовании многоразовых медицинских изделий необходимо строго соблюдать правила дезинфекционной безопасности и следить за техническим состоянием оборудования, чтобы исключить риски перекрестной контаминации.

Ключевым направлением профилактики инфицирования медицинского персонала являются также требования к безопасному выполнению процедур, связанных с нарушением кожных и слизистых покровов: венепункция, забор капиллярной крови, установка катетеров, инфузионная терапия, манипуляции с открытыми ранами и т.п. Все действия должны осуществляться в строгом соответствии с алгоритмами инфекционного контроля, установленными внутренними регламентами и санитарными правилами.

В случае возникновения аварийных ситуаций, связанных с возможным профессиональным контактом с ВИЧ-инфицированными биологическими жидкостями (например, уколы использованной иглой, порезы, попадание крови на слизистые оболочки и поврежденную кожу), медицинский работник обязан незамедлительно предпринять действия по снижению риска инфицирования. Пункты 675–678 СанПиН содержат четкий алгоритм реагирования. Так, при уколах и порезах медицинский работник должен немедленно снять перчатки, тщательно промыть руки с мылом под проточной водой, затем обработать руки 70%-м раствором этилового спирта, а раневую поверхность – 5%-м спиртовым раствором йода. Если биологические жидкости попали на рабочую одежду или халат, они подлежат немедленному изъятию и последующей дезинфекции либо автоклавированию. При наличии объективного риска инфицирования ВИЧ-инфекцией должна быть немедленно начата постконтактная химиопрофилактика с использованием антиретровирусных препаратов, эффективность которой максимальна в первые 72 часа после контакта.

Важно подчеркнуть, что при наступлении аварийной ситуации медицинский работник обязан сообщить о случившемся непосредственному руководителю или лицу, его замещающему. Все случаи потенциального инфицирования ВИЧ и другими инфекциями подлежат обязательной регистрации в специальном журнале учета аварийных ситуаций, который ведется в каждой медицинской организации и подлежит контролю со стороны надзорных органов.

Дополнительно, в целях надлежащей диагностики и дальнейшего наблюдения, пострадавший медицинский работник должен быть направлен в течение суток в специализированное учреждение – Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, либо к профильному инфекционисту по месту жительства. Врач-инфекционист осуществляет диспансерное наблюдение и при необходимости корректирует схему постконтактной профилактики. Срок обязательного диспансерного наблюдения составляет не менее одного года и включает в себя периодическое обследование на ВИЧ, а также на вирусные гепатиты В и С.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Таким образом, надлежащее выполнение предписанных санитарно-эпидемиологических требований и готовность к экстренному реагированию в случае аварийных ситуаций представляют собой правовой и профессиональный императив, обеспечивающий не только безопасность медицинского персонала, но и соблюдение права пациентов на медицинскую помощь без дискриминации, в том числе по признаку ВИЧ-статуса. Игнорирование данных норм влечет не только медицинские, но и юридические последствия – как дисциплинарного, так и административного, а в отдельных случаях и уголовного характера.

Выводы. Отказ в оказании стоматологических услуг пациентам, живущим с ВИЧ, не только нарушает российское законодательство, но и противоречит международным стандартам прав человека. Такая практика является формой скрытой дискриминации, способствующей маргинализации социально уязвимой группы. Для преодоления сложившейся ситуации необходимо принять комплекс мер:

1. Внедрить на законодательном уровне обязанность медицинских организаций регистрировать все обращения и фиксировать основания отказа.
2. Усилить контроль со стороны Росздравнадзора и прокуратуры за соблюдением прав пациентов с ВИЧ.
3. Разработать типовые формы жалоб и методические рекомендации по юридической самозащите пациентов.
4. Ввести обязательные правовые тренинги для администраторов и медицинского персонала частных клиник.
5. Расширить применение административной и уголовной ответственности за дискриминацию в медицинской сфере.

Таким образом, системная правовая трансформация необходима для обеспечения реального доступа ВИЧ-инфицированных лиц к медицинской помощи, включая стоматологическую, и формирования недискриминационного правоприменения в российском здравоохранении.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Российская газета от 25 декабря 1993 г. № 237.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. от 07.05.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г., № 32, Ст. 3301.
3. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» (ред. от 08.08.2024) // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 9 апреля 1992 г., № 15, Ст. 766.
4. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (в ред. от 07.05.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации от 3 апреля 1995 г., № 14, Ст.1212.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 07.05.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г., № 48, Ст. 6724.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ТЕЗИСЫ



АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОЧЕТАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2010–2024 ГГ.

**Амирова Т.Х.^{1,3}, Веккер М.А.¹, Фазылов В.Х.^{1,2,3},
Патяшина М.А.^{3,4}, Бешимов А.Т.²**

*¹Марийский государственный университет,
Йошкар-Ола,*

*²Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями Республики Татарстан,*

*³Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской
академии непрерывного профессионального образования,*

*⁴Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека по Республике Татарстан,
Казань*

Цель исследования. Провести анализ динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Татарстан за период с 2010 по 2024 годы, а также выявить особенности ее распространения в зависимости от социально-демографических характеристик и места жительства населения.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования были использованы данные, собранные из ГАУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан. Сбор данных осуществлялся с помощью электронной системы ASIDNET. Методология исследования включала ретроспективный эпидемиологический анализ, который акцентировал внимание на половозрастных характеристиках пациентов и их месте жительства.

Результаты. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Республике Татарстан снизилась с 32,6 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году до 22,24 случаев в 2024 году. Пик заболеваемости был зафиксирован в 2015 году, когда показатель составил 34,6 случая на 100 тыс. населения.

Мужчины заболевают ВИЧ в 1,5–2,25 раза чаще, чем женщины. Максимальные показатели заболеваемости среди мужчин наблюдались в 2015 году (47,78 на 100 тыс.), тогда как среди женщин пик пришелся на 2014 год (23,95 на 100 тыс.).

До 2019 года наибольшее количество новых случаев ВИЧ фиксировалось среди лиц в возрасте 30–39 лет. Однако с 2020 года наблюдается рост числа инфицированных в возрастной группе 40–49 лет. Также отмечается устойчивый рост заболеваемости среди людей старше 50 лет.

Заболеваемость среди городского населения снизилась с 25,41 до 19,13 на 100 тыс. населения. В то же время среди сельских жителей она сначала возросла, а затем стабилизировалась, оставаясь в два раза ниже, чем у городских жителей.

Чаще всего ВИЧ заражаются люди, не состоящие в постоянных отношениях, что подчеркивает важность информирования о мерах профилактики.

В 2023 году был отмечен почти двукратный рост числа новых случаев ВИЧ среди работающего населения. Это может быть связано с изменениями в поведении и миграцией, что требует дальнейшего изучения.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Заключение. Несмотря на общее снижение заболеваемости ВИЧ в Республике Татарстан, наблюдаются тревожные тенденции роста среди пожилых и работающих граждан. Эти изменения подчеркивают необходимость пересмотра профилактических мер и усиления просвещения населения для более эффективной борьбы с инфекцией. Важно учитывать выявленные особенности распространения ВИЧ для разработки целевых программ, направленных на снижение темпов распространения заболевания.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, динамика заболеваемости, социально-демографические характеристики

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Андреев Р.Н.¹, Ветров С.Ф.², Мельник В.А.², Ежелева М.И.²,
Лыгина Ю.А.², Андреева В.И.³

¹Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
по Донецкой Народной Республике в городе Донецк и Красноармейском районе,

²Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького,

³Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
по Донецкой Народной Республике в городе Макеевка и Ясиноватском районе,
Донецк

Цель исследования. Выявить актуальные вопросы по возможности заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения и медицинских работников крупного промышленного центра – города Донецка.

Материалы и методы. Проведен анализ материалов официальной регистрации случаев заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения г. Донецка и аварийных контактов с кровью у медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей за период 2019-2025 гг. согласно официальной статистике. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office 2019 Statistica 11.0.

Результаты и обсуждение. Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является весомым вопросом в мировом здравоохранении. Поскольку иммунодефицитное состояние приводит к росту заболеваемости оппортунистическими инфекциями, это заболевание требует тщательного проведения эпидемического надзора. Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в г. Донецке хоть и невысок в общей структуре инфекционной заболеваемости, но из-за высокой вероятности летального исхода никогда не потеряет своей важности. Густонаселенность и развитие промышленности будут всегда лишь способствовать распространению любых заболеваний. Группой риска по ВИЧ-инфекции являются медицинские работники. Так как парентеральный путь (как следствие контакта с зараженной кровью) является вторым, после полового пути, по значимости при заражении человека ВИЧ-инфекцией, то вопрос профилактики аварийных контактов с кровью у медработников остается открытым и весомым на сегодняш-



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ний день. Общая заболеваемость ВИЧ-инфекцией в г. Донецке, по состоянию на 2025 г. составляет в среднем $14,2 \pm 2,8$ на 100 тыс. населения. В последние годы отмечается некоторая тенденция к росту заболеваемости. При этом, показатель СПИДа составлял в изучаемый период $21,8 \pm 2,8$ на 100 тыс. населения. Общий уровень смертности лиц, живущих с ВИЧ, в том числе и от СПИДа, за последние годы составил $10,3 \pm 2,8$ на 100 тыс. населения.

В течение исследуемого периода снизилось количество аварийных контактов с кровью у медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей. В 2025 году зарегистрировано 8 случаев подобных контактов. Для сравнения, данный показатель за предыдущие годы выглядел следующим образом: 2024 г. – 12 случаев, 2023 г. – 12 случаев, 2022 г. – 13 случаев, 2021 г. – 18 случаев, 2020 г. – 18 случаев, 2019 г. – 15 случаев. К возникновению таких случаев приводит травматизация (часто из-за неосторожности и невнимательности) медиков в процессе оказания медицинской помощи разным категориям лиц, в том числе и неблагополучным слоям населения. Чаще всего в 2025 году травмировались при контактах с кровью медработники хирургического профиля – 3 человека, 45,3 % в общей структуре (в 2024 г. данный показатель составлял 32,8 %). Далее следуют сотрудники инфекционных отделений – 3 случая, 40,0 % (в 2024 г. – 15,0 % – 1 случай), представители стоматологического профиля – 2 случая, 14,7 % (в 2023 г. – 32%). За прошедший год зарегистрирован 1 случай аварийного контакта с кровью ВИЧ инфицированных лиц (в 2025 г. – 2 случая). В 2025 году чаще всего регистрировались аварийные контакты у врачей – 4 случая, 50,0 % (в 2024 г. – 25,0 %), у средних медработников – 2 случая, 25,0% (в 2024 г. – 50,0 %), у младших медработников – 2 случая, 25,0 % (в 2024 г. – 2 случая, 15,0 %). Случаев заражения ВИЧ при выполнении профессиональных обязанностей у медицинских работников с 2019 по 2025 гг. зарегистрировано не было. Аварийных контактов с кровью среди остальных слоев населения (представителей профессий иного профиля) зарегистрировано не было. В данном случае преобладал половой путь передачи ВИЧ-инфекции, чего у медиков зарегистрировано не было. Из этого следует, что в вопросе профилактики ВИЧ-инфекции в целом, среди всего населения, стоит обращать более пристальное внимание профилактике полового пути передачи ВИЧ-инфекции, но не забывая о парентеральном способе передачи, учитывая особенности выполнения профессиональных обязанностей представителей медицины, или скажем, военной сферы и так далее.

Выводы. Таким образом, для предотвращения аварийных контактов с кровью необходимо неукоснительное соблюдение правил безопасности и использование медиками средств индивидуальной защиты во время работы, также необходим усиленный качественный санитарно-эпидемиологический надзор в данном направлении, в совокупности с улучшением гигиенического обучения и воспитания населения по вопросам профилактики распространения ВИЧ-инфекции.

* * *



МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИЧ-1 В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Баяндина С.В.¹, Киреев Д.Е.¹, Арзаканян В.Г.², Ховсепян Т.В.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва,

²Национальный центр инфекционных болезней,
Ереван, Армения

Эпидемия ВИЧ-1 в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) остается тяжелым бременем для общественного здравоохранения, однако молекулярно-эпидемиологические данные по ряду стран, включая Республику Армения, ограничены.

Цель. Цель настоящей работы – идентифицировать факторы, способствующие поддержанию эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Армения.

Материалы и методы. Проанализированы 1549 нуклеотидных последовательностей участка гена *pol* ВИЧ-1, собранных в период 2017-2024 гг. среди людей, живущих с ВИЧ в стране, что составило 29,9% от общего числа зарегистрированных случаев на конец 2024 года. Для определения генетического ландшафта было проведено субтипирование с использованием инструментов COMET HIV-1 и REGA subtyping Tool v3.0. Анализ молекулярных кластеров ВИЧ-1 был проведен с порогом генетической дистанции (d) 0,015 замен/сайт в MicrobeTrace. Для выявления независимых биоповеденческих и эпидемиологических факторов, способствующих ускоренному распространению инфекции, то есть формированию кластеров передачи ВИЧ-1, была использована бинарная логистическая регрессия с расчетом скорректированных отношений шансов (aOR) и 95% ДИ в программе SPSS 20.

Результаты и обсуждение. Субтипирование выявило 13 различных генетических вариантов ВИЧ-1, из которых доминирующим был суб-субтип A6 (85,3%, 1321/1549), что согласуется с данными о его доминировании и длительной циркуляции на постсоветском пространстве. Анализ молекулярных кластеров ВИЧ-1 выявил 132 кластера, включающих 449 последовательностей (коэффициент кластеризации 29,0%, 449/1549). Результаты регрессионного анализа выявили несколько факторов, способствующих более быстрому распространению ВИЧ-инфекции: (а) гомосексуальный путь передачи (aOR=2,43, 95% ДИ: 1,73–3,42; p<0,001), (б) проживание в Ереване (aOR=1,40; 95% ДИ: 1,07–1,82; p=0,014) и (в) наличие полового ВИЧ-инфицированного партнера из уязвимой группы трудовых мигрантов (aOR=1,56; 95% ДИ: 1,11–2,19; p=0,01). В то же время, инфицирование на территории Российской Федерации способствовало снижению риска передачи ВИЧ (aOR=0,47; 95% ДИ: 0,36–0,60; p<0,001).

Анализ четырех крупных кластеров передачи ВИЧ-1 (размером от 11 до 56 последовательностей, 25,6%, 115/449) выявил, что лица, входящие в эти кластеры по сравнению с участниками меньших кластеров, были моложе, чаще инфицировались через гомосексуальные контакты и проживали в Ереване (для всех p<0,001). Кроме того, эти кластеры включали как MSM, так и мужчин с гетеросексуальным путем передачи, а в ряде случаев и женщин. Это может указывать на существование «мостовых» механизмов распространения вируса из группы MSM в общую популяцию через мужчин с бисексуальным поведением.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Участие самих трудовых мигрантов в поддержании эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Армении, судя по всему, ограничено, однако через своих половых партнеров они могут выступать в качестве связующего звена между странами, обеспечивая периодический завоз ВИЧ-1 с последующей интеграцией возбудителя в популяцию. Дополнительным косвенным подтверждением служат обнаруженные минорные генетические варианты, такие как CRF63_02A6, CRF02_AG и ряд других форм, характерных для России, указывающих на множественные независимые завозные случаи.

Выводы. Данное исследование – первая комплексная молекулярно-эпидемиологическая характеристика эпидемии ВИЧ-1 в Армении. В ходе анализа было выявлено два основных фактора, способствующих поддержанию эпидемического процесса в стране: более интенсивная передача вируса среди молодых МСМ в столичном регионе и трудовая миграция, обеспечивающая периодический завоз ВИЧ-1 с последующей локальной передачей. Полученные данные могут служить основой для совершенствования национальных стратегий общественного здравоохранения с учетом потребностей различных групп населения. В частности, полученные результаты подчеркивают необходимость расширения профилактических, диагностических и консультационных программ среди мужчин с бисексуальным поведением и молодых МСМ прежде всего в столичном регионе. При планировании противоэпидемических мероприятий также следует учитывать роль мобильных групп населения, особенно вовлеченных в трудовую миграцию, прежде всего в направлении Российской Федерации и их половых партнеров. Кроме того, выявление смешанных кластеров передачи ВИЧ-1 указывает на необходимость совершенствования подходов к эпидемиологическому расследованию и внедрению более конфиденциальных методов сбора информации, способных уменьшить долю лиц, скрывающих истинные обстоятельства инфицирования, и, как следствие, позволит точнее оценить реальный вклад этой группы в эпидемический процесс. Использование молекулярного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией совместно с классическими методами позволит своевременно проводить целенаправленные противоэпидемические мероприятия.

АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ ТЕМАТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МАТЕРИАЛАХ XVIII КОНГРЕССА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ 2026 Г.

Беляева В.В.

*Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

ВИЧ-инфекция продолжает сохранять значимую роль в структуре современной инфекционной патологии, что отражается не только в клинической практике, но и в тематике научных исследований. Анализ материалов профильных научных форумов позволяет оценить актуальные направления исследовательской активности и готовности использовать междисциплинарный подход к проблеме ВИЧ-инфекции в отечественной инфектологии.

Цель исследования. Оценить представленность и структуру научных работ, посвященных ВИЧ-инфекции, в сборнике материалов XVIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского (2026 г.).

Материалы и методы. Проведен контент-анализ сборника материалов конгресса. В анализ включены все тезисы ($n=391$). Поиск осуществлялся по ключевому слову «ВИЧ» и его производным («ВИЧ-инфекция», «ВИЧ-позитивный» и др.).

В основную выборку включены тезисы, содержащие указанные термины в названии. Дополнительно оценивалась частота упоминания ключевого слова в основном тексте сборника (без учета страниц оглавления).

Проведена тематическая классификация ВИЧ-ориентированных тезисов по направлениям: клинические, эпидемиологические, лечение и организация помощи, профилактика, психосоциальные аспекты, молекулярно-биологические исследования.

Рассчитаны доли (%) с 95% доверительными интервалами (ДИ).

Результаты. В сборнике из 391 тезиса в 46 работах выявлено упоминание ВИЧ в названии, что составило 11,8% (95% ДИ: 8,9–15,3%).

В основном тексте сборника зафиксировано 397 упоминаний слова «ВИЧ» и его производных, что свидетельствует о высокой тематической представленности проблемы.

Структура тезисов, ориентированных на анализ различных аспектов ВИЧ-инфекции характеризовалась следующим распределением:

- клинические и коморбидные исследования – 32,6% (15/46);
- эпидемиология и надзор – 17,4% (8/46);
- лечение и организация медицинской помощи – 15,2% (7/46);
- профилактика и информированность – 15,2% (7/46);
- психосоциальные и поведенческие аспекты – 10,9% (5/46);
- молекулярно-эпидемиологические исследования – 8,7% (4/46).

Наибольшая доля работ посвящена клиническим аспектам ВИЧ-инфекции, включая осложнения, коморбидные состояния и особенности течения заболевания. В то же время значительная часть исследований затрагивает вопросы эпидемиологии, профилактики и поведенческих факторов.

Можно предположить, что преобладание клинических и коморбидных исследований отражает смещение научного интереса в сторону долгосрочного ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией как хроническим заболеванием. Одновременно доля представленных в сборнике эпидемиологических, профилактических и организационных работ указывает на сохранение высокой актуальности вопросов контроля распространения инфекции и совершенствования системы помощи. Наличие психосоциальных и поведенческих исследований свидетельствует о постепенном расширении междисциплинарного подхода к проблеме ВИЧ-инфекции.

Выводы. ВИЧ-инфекция представлена в 11,8% тезисов, что свидетельствует о ее значимой роли в структуре современных исследований в области инфекционных заболеваний.

Структура публикаций носит мультидисциплинарный характер с преобладанием клинических исследований и значительным вкладом эпидемиологических, организационных и психосоциальных направлений.

Полученные данные отражают тенденцию к формированию комплексного междисциплинарного подхода к ВИЧ-инфекции как хроническому заболеванию с выраженными клиническими и социально-поведенческими особенностями.



РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРЯДКОВОГО РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА

Беляева В.В.¹, Соколова Е.В.¹, Козырина Н.В.¹, Куимова У.А.¹,
Голнусова М.Д.¹, Кулабухова Е.И.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,

²Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва

Цель работы. Уточнить независимый вклад отдельных компонентов реабилитационного потенциала в нарушение приверженности приему антиретровирусной терапии (АРТ).

Материалы и методы. В 2024 г. в ходе плановых визитов диспансерного наблюдения обследованы 147 ВИЧ-позитивных пациентов (70,1% мужчин, 29,9% женщин) в возрасте 18–65 лет (Me 43 года), длительно принимающих антиретровирусную терапию (Me 10 лет). Все респонденты имели неопределяемый уровень вирусной нагрузки, медиана уровня CD4⁺ лимфоцитов составила 605 клеток/мкл.

Для оценки личностных ресурсов использована методика «Реабилитационный потенциал личности» (РП), включающая мотивационный, эмоциональный, самооценочный, коммуникативный компоненты и внутреннюю картину болезни (ВКБ). Дополнительно анализировались самооценка здоровья по визуально-аналоговой шкале (VAS), данные о пропусках приема АРТ за предшествующий месяц, кратности терапии и количестве принимаемых таблеток.

Статистическая обработка выполнена в SPSS v.27.0 с использованием описательной статистики, корреляционного, факторного и регрессионного анализа. Ранее опубликованные результаты позволили предположить существование устойчивой связи между структурой реабилитационного потенциала и риском нарушения приверженности АРТ. Настоящий этап исследования был направлен на уточнение независимого вклада отдельных психологических факторов с помощью порядковой логистической регрессии (ordinal logistic regression).

В качестве зависимой переменной рассматривался уровень пропусков приема АРТ, представленный упорядоченной шкалой от 0 (отсутствие пропусков) до 5 (более четырех пропусков). В модель включены социально-демографические и психологические характеристики пациентов. Проверка предположения пропорциональных шансов не выявила его нарушений ($p > 0,05$).

Результаты. У большинства опрошенных выявлены высокие значения реабилитационного потенциала, однако его структура была неоднородной: наиболее благоприятные показатели отмечены по самооценочному компоненту, наименее – по коммуникативному. Большинство пациентов высоко оценивали состояние своего здоровья (8–10 баллов VAS), при этом 35,2% сообщили о пропусках приема АРТ за месяц до опроса, преимущественно по причине забывчивости.

Корреляционный анализ выявил статистически значимую отрицательную связь пропусков приема АРТ с самооценкой здоровья, мотивационным и эмоциональным компонентами РП, а также с его общим уровнем. Коммуникативный компонент являлся наиболее неблагоприятным элементом структуры РП и демонстрировал относительную самостоятельность в факторной модели (Беляева В.В. с соавт. 2025г.)

Результаты порядковой логистической регрессии показали, что социально-демографические характеристики (пол, образование, семейное положение, занятость), за исключением возраста, не оказывают независимого влияния на вероятность увеличения числа пропусков приема АРТ ($p > 0,05$). Более молодой возраст ассоциировался с большей вероятностью перехода к более высоким категориям пропусков терапии.

В многофакторной модели выявлены значимые психологические предикторы нарушения приверженности. Эмоциональный компонент реабилитационного потенциала оказался наиболее выраженным независимым фактором, ассоциированным с пропусками приема АРТ ($\beta = -0,27$; $p = 0,031$; $OR = 0,763$). Повышение эмоционального компонента на 1 балл сопровождалось снижением вероятности перехода к более высоким категориям пропусков терапии на 24%.

Полученные результаты позволяют предположить, что особенности коммуникативного функционирования также могут быть связаны с риском нарушения приверженности терапии. Вероятно, речь идет не о снижении социальной активности как таковой, а о специфике социальной адаптации и перераспределении поведенческих приоритетов.

Преобладание забывчивости среди причин пропусков приема АРТ позволяет предположить, что эмоциональное неблагополучие может опосредованно влиять на соблюдение режима терапии через снижение устойчивости контроля поведения в отношении приема лекарств.

Заключение. Независимыми факторами, ассоциированными с пропусками приема антиретровирусной терапии, являются возраст пациента, эмоциональный и коммуникативный компоненты реабилитационного потенциала. Полученные данные позволяют рассматривать нарушение приверженности не только как следствие внешних социальных факторов, но и как проявление снижения психологического ресурса и устойчивости регуляции поведения по приему АРТ в условиях хронического заболевания. Оценка эмоционального и коммуникативного компонентов реабилитационного потенциала может использоваться для раннего выявления пациентов группы риска и планирования персонализированных мероприятий психологической поддержки.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О СВОИХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ КАК ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР КОГНИТИВНОЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В КОНТРОЛЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Беляева В.В.¹, Соколова Е.В.¹, Козырина Н.В.¹, Куимова У.А.¹,
Голиусова М.Д.¹, Кулабухова Е.И.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,

²Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва

Цель исследования. Оценить осведомленность пациентов о собственных клинико-лабораторных показателях при длительном приеме АРТ как возможный маркер когнитивной вовлеченности в контроль ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. В исследование были включены 66 пациентов, получающих антиретровирусную терапию. Медиана возраста участников составила 44 [38; 49] лет. Медиана стажа жизни с ВИЧ-инфекцией – 13,7 [9,3; 21,2] года, стаж приема АРТ –



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

10,3 [7,0; 16,3] года. Медиана уровня CD4+ лимфоцитов составила 736 [491; 835] кл/мкл. Респонденты регулярно (каждые 3-6 мес.) посещали врача инфекциониста для клинического осмотра и консультации.

В структуре выборки преобладали мужчины (75,8%), лица с высшим образованием (63,6%) и пациенты с полной занятостью (69,7%). Не состояли в браке 40,9% участников. Почти половина пациентов проживали одни (48,3%), с супругом или супругой – 39,7%. Опыт употребления психоактивных веществ в анамнезе указали 7,6% участников исследования.

Иммунологические показатели (уровень CD4+-лимфоцитов) анализировались по объективным лабораторным данным, субъективная осведомленность пациентов оценивалась отдельно. Статус вирусной нагрузки оценивался по субъективной самооценке пациентов («определяемая / неопределяемая / не знаю»)

Результаты. У большинства пациентов вирусная нагрузка была неопределяемой – 54 человека (81,8%). Несмотря на высокий образовательный уровень и длительный стаж лечения, значительная часть пациентов демонстрировала ограниченную осведомленность о собственных клиничко-лабораторных показателях, лучше ориентируясь в вирусологическом статусе, чем в количественных иммунологических показателях. Если свой уровень вирусной нагрузки не знали 15,2% участников, то уровень CD4+ лимфоцитов не смогли назвать уже 39,4% респондентов. Доля ответов «не знаю» в отношении CD4+ более чем в 2,5 раза превышала аналогичный показатель для вирусной нагрузки. При этом пациенты значительно чаще сообщали категориальный статус вирусной нагрузки («определяемая / неопределяемая»), чем конкретные иммунологические показатели.

Наиболее часто о ВИЧ-статусе пациента знали супруг/супруга (35,3%) и друзья (29,4%). При этом 11,8% пациентов сообщили, что о диагнозе не знает никто. Пациенты, проживавшие с супругом или супругой, чаще сообщали о раскрытии диагноза ближайшему окружению, тогда как самостоятельное проживание ассоциировалось с большей закрытостью ВИЧ-статуса.

Описательно, у пациентов, проживавших с партнером, отмечались более высокие показатели CD4+ лимфоцитов и более длительный стаж приема АРТ по сравнению с проживавшими одни (730 против 646,5 кл/мкл и 11,3 против 8,2 года соответственно). Наиболее низкие показатели CD4+ наблюдались среди пациентов, сообщивших об отсутствии информированных о диагнозе лиц (Me 500,5 кл/мкл). Учитывая немногочисленность отдельных подгрупп, данные результаты требуют подтверждения на расширенной выборке.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в условиях длительного приема АРТ пациенты лучше ориентируются в вирусологическом статусе, чем в количественном иммунологическом показателе. Можно предположить, что вирусная нагрузка воспринимается ими как более понятный показатель эффективности терапии, тогда как субъективная значимость уровня CD4+ лимфоцитов постепенно снижается в условиях клинической стабильности.

Сочетание высокой социальной адаптации, длительного стажа лечения и ограниченной осведомленности о собственных показателях представляет особый интерес. Полученные данные позволяют предположить, что снижение вовлеченности в мониторинг заболевания вероятно носит не дефицитарный, а адаптационно-автоматизированный характер.

Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что в условиях длительной клинической стабильности ограниченная осведомленность о собственных иммунологических показателях может рассматриваться как ранний маркер постепенного снижения когнитивной вовлеченности в контроль заболевания. Вероятно, этот процесс сопровождается автоматизацией контроля терапии и у части пациентов может создавать предпосылки для формирования узависимости приверженности.

НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОГО СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ ХЛИА НА АНАЛИЗАТОРЕ СЕРИИ CL 6000i (MINDRAY KHP)

Буланьков Ю.И.^{1,2}, Иванникова Л.П.¹, Орлова Е.С.^{1,2}, Булыгин М.А.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
Санкт-Петербург

В настоящее время наблюдается активный переход микробиологических лабораторий на автоматизированные серологические технологии с использованием хемилюминесцентного иммуноанализа (ХЛИА).

В нашей стране в настоящее время широкое распространение получила линейка автоматических иммунохемилюминометров производства КНР фирмы Mindray (серия CL2000i, CL 6000i) с реагентами фирмы-производителя оборудования. Двухлетний опыт использования данного оборудования для диагностики маркеров гемоконтактных инфекций (ВИЧ 1/2, вирусные гепатиты В и С, сифилис) показал высокую аналитическую чувствительность, специфичность и производительность данного оборудования при потоке исследований 55-60 тысяч в год. Это позволило в рамках импортозамещения перевести поток донорских исследований по обеспечению инфекционной безопасности донорских материалов на данную технологию. Ранее эти исследования проводились с использованием анализатора Architect-2000 нелегального производителя.

Себестоимость исследований оказалась сопоставимая. Анализ объема «отбракованных» донорских проб оказался больше в 1,4 раза, что обусловлено увеличением количества «ложноположительных» результатов ХЛИА.

Детальный анализ технологии показал, что в абсолютном большинстве случаев диагностическая ошибка обусловлена искусственными нормативными ограничениями.

В стандартной ХЛИА-технологии с использованием автоматического хемилюминометра CL 6000i (Mindray) нормальным обязательным этапом подтверждения первичного серопозитивного результата с низкими экстинциями (серая зона) является ультрацентрифугирование пробы при 10000-15000 об/мин с поворотной постановкой исследования. Получение повторного положительного результата является юридическим обоснованием выдачи положительного результата исследования, который предусматривает для донорских материалов выбраковку, а для донора целый комплекс ограничительных мероприятий (отстранение от донорства на различные сроки или навсегда (ВИЧ) Пр МЗ РФ 1166н. Восстановление права донора на продолжение донаций требует



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

не менее 4 месяцев, целый комплекс повторных лабораторных исследований, корректировку донорской базы данных, что вызывает его справедливое недовольство и жалобы донора, п.п. 13-24 Приложения № 4 к Порядку прохождения донорами медицинского обследования», утвержденному приказом Минздрава России от 28 октября 2020 г. № 1166н экономические и репутационные потери лаборатории.

В 90% случаев получение ложноположительного результата можно было избежать, если бы существовали разъяснения п. 15 Приказа МО РФ, который содержит формулировку о том, что при получении первичноположительного серологического результата проводится повторный тест «с сохранением условий первой постановки, включая реагенты».

(т.е. без повторного ультрацентрифугирования). Наш опыт показал, что только в 5-10% случаев это позволяет получить повторный отрицательный результат без ультрацентрифугирования.

Суть проблемы может содержаться в самой рекомендованной фирмой-производителем технологии ХЛИА. Увеличение производительности автоматизированного исследования во-многом достигается проведением исследования в первичных пробирках, которые поступают из клинического подразделения и на преаналитическом этапе центрифугируются однократно в лабораторной центрифуге при условиях 3000 об/мин – 15 минут. Если бы производитель предусмотрел сразу ультрацентрифугирование, что позволило бы избежать большей части дискриминационных последствий для донора, т.к. доля ложноположительных результатов могла бы сразу значительно сократиться. Но это потребовало бы усложнения и удлинения преаналитического и аналитического периода (переливание первичных проб в микропробирки, повторное штрих-кодирование и регистрацию, использование адаптеров для микропробирок и др.), что существенно снизило бы рентабельность исследования, производительность и коммерческую привлекательность оборудования.

Оптимизация ситуации для доноров возможна если:

1. Изменить формулировку (дать официальные разъяснения) п.13 Приложения № 4 к «Порядку прохождения донорами медицинского обследования», утвержденному приказом Минздрава России от 28 октября 2020 г. № 1166н для разрешения оценки результата исследования ХЛИА после проведения повторного теста с ультрацентрифугированием;
2. Изменить алгоритм преаналитической обработки донорского материала с обязательным ультрацентрифугированием первичного биологического образца до проведения исследований (менее привлекательно организационно и экономически).

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВС РФ

Буланьков Ю.И.^{1,2}, Булыгин М.А.¹, Орлова Е.С.^{1,2}

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
Санкт-Петербург

В настоящее время наблюдается увеличение длительности аналитического периода ВИЧ-инфекции у военнослужащих МО РФ.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Этому способствует несколько причин:

1. Увеличение числа случаев незавершенной лабораторной диагностики на передовых этапах эвакуации. Положительные результаты экспресс-тестов не сопровождаются реализацией 2-этапного рутинного алгоритма. Это во многом обусловлено:

- короткими сроками пребывания военнослужащих в передовых ВМО,
- отсутствием технической возможности приготовления проб для экспертной диагностики,
- отсутствием доступа к базе данных всероссийского регистра ВИЧ-инфицированных граждан у представителей МО передового звена,
- длительностью пересылки проб в референс-лаборатории МО РФ,
- отсутствием нормативного согласования экспертной диагностики в других лабораториях МО РФ и МЗ РФ.

Эти негативные тенденции частично компенсируются широким внедрением экспресс-тестирования на ранних этапах и сокращением диагностического периода в референс-лабораториях МО РФ.

Настоящее время созданы предпосылки для оптимизации системы экспертной диагностики ВИЧ-инфекции в ВМО РФ. К ним можно отнести:

- высокий уровень серологической диагностики по результатам внешней оценки качества;
- существенное увеличение доступности ПЦР-диагностики для ВМО, что произошло в период пандемии SARS-CoV2;
- повышение качества и увеличение доступности отечественных экспресс-тестов;
- совершенствование электронного документооборота ВМО.

Направлениями сокращения диагностического периода ВИЧ-инфекции в ВМО могут являться:

- внедрение и расширение спектра отечественных экспресс-тестов на передовых этапах диагностики;
- организация легитимного доступа к данным Всероссийского регистра ВИЧ-инфицированных лиц для сотрудников передовых этапов медицинской помощи и эвакуации;
- утверждение форм и логики электронного документооборота МО РФ в процессе получения и передачи результатов экспертной диагностики;
- увеличение количества референс-лабораторий на актуальных направлениях оказания медицинской помощи военнослужащим (материальная база есть) для сокращения плеча транспортировки первично положительных проб;
- легитимизация и методическое обоснование более широкого использования возможностей лабораторий МЗ РФ в диагностическом процессе и диспансерном наблюдении у военнослужащих;
- обновление нормативной базы по диагностике, профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в ВС РФ;
- повышение роли всеармейского регистра ВИЧ-инфицированных военнослужащих и Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (СН), как координаторов всей системы противодействия ВИЧ-инфекции в Вооруженных силах Российской Федерации.



ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ЛЖВ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ СО «ГП № 2 ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА Г. САМАРЫ»)

Вехова Е.В., Садыкова Г.Б., Герескина Н.П.

*Самарский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД,
Самара*

Население, инфицированное ВИЧ, стареет. В эпоху эффективной АРВТ терапии смертность среди ВИЧ-инфицированных снизилась, а продолжительность жизни увеличилась (Edward J. Wing, 2016).

Цель исследования. Проанализировать результаты диспансерного наблюдения за ЛЖВ 65 и старше, проживающих на территории ГБУЗ СО «ГП № 2 Промышленного района г. Самары».

Материалы и методы. Анализ карт эпидемиологического расследования и ф.25/у пациентов. Методы описательной статистики.

Результаты. В ОЦС на диспансерном учете на 01.07.2026 состояло 1194 пациентов, проживающих на территории ГБУЗ СО «ГП № 2 Промышленного района г. Самары»: мужчин 611 (51,2%; 95% ДИ: 49,3%-53,8%) и 583 (48,8%; 95% ДИ: 45,2%-50,7%) женщин; из них лиц в возрасте 65 лет и старше – 45 чел.: 18 мужчин (40%; 95% ДИ: 25,7%-56,6%) и 27 (60%; 95% ДИ: 44,3%-74,3%) женщин. Доля данной возрастной группы среди ЛЖВ составила 3,6%. Не встали на учет среди лиц 65 лет и старше 3 человека. Максимальный возраст пациентов: 81 год мужчине и 77 лет женщине (оба начали АРВТ в 2017 году).

Доля полового пути передачи в данной группе 82,2% (95% ДИ: 67,9%-92%): у мужчин 78,95% (95% ДИ: 54,4%-93,9%); у женщин 84,6% (95% ДИ: 65,1%-95,6%). Самые возрастные в прошлом наркопотребители возраста 70 лет и выявлены в иммунном блоте в 2015 г. женщина и в 2016 г. мужчина.

Под наблюдением находятся 42 пациента со следующим стадиям ВИЧ-инфекции: 3 – у 6 (2 мужчин; 4 женщины); 4А – 19 (6 мужчин; 13 женщин); 4Б – 15 (7 мужчин; 8 женщины); 4В – 2 (1 мужчина; 1 женщина). Назначалась АРВТ всем, из них прервали терапию более 3-х месяцев четверо (по 2 мужчины и женщины), прервали, но в данный момент принимают – 2 (по одному мужчине и женщины). Пока не достигли уровня ниже предела обнаружения (нпо) два пациента, выявленные и начавшие терапию в 2026 году.

Эффективную терапию ВИЧ-инфекции при нпо имеют 32 (76,2%; 95% ДИ: 60,5%-87,9) пациента регулярно принимающие АРВТ. Уровень СД4 > 500 клеток/мкл зарегистрирован у 16 (38,1%; 95% ДИ: 23,5% -54,4%) пациентов.

В 2026 году уровень СКФ по формуле СКД-ЕРІ определен у 39 человек, из них: 15-29 мл/мин/1,73 м² – 3 чел. (7,67%; 95% ДИ: 1,6%-20,9%); 30-44 мл/мин/1,73 м² – 4 (10,3%; 95% ДИ: 2,3%-24,2%); 45-59 мл/мин/1,73 м² – 19 (48,7%; 95% ДИ: 32,4%-65,2%); 60-89 мл/мин/1,73 м² – 13 (33,3%; 95% ДИ: 19,1%-50,2%).

Проведен расчет ИМТ в 2026 году у 36, так как в ряде случаев за АРВТ приходят доверенные лица, только у одной пациентки ИМТ 41 кг/м² (с сахарным диабетом); ИМТ 30-35 кг/м² у 3; ИМТ 26-30 кг/м² у 11; остальные имеют нормальную массу тела.

Пациенты, состоящие на учете, выявлены в течение всего периода наблюдения: 2000, 2001, 2006, 2007, 2009, 2012, 2022, 2023 годах – по одному; 2003, 2008, 2010, 2011, 2014, 2018,



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

2019, 2024, 2025, 2026 годах – по два; с 2013, 2016, 2017, 2020 годах – 3; с 2015 г. – 4. Имеют стаж АРВТ с 2008 г. – 2; 2010 г. – 1; 2011 г. – 2; 2012 г. – 3; 2015 г. – 5; 2016 г. – 3; 2017 г. – 6; 2018 г. – 3; 2019 г. – 2; 2020 г. – 5; 2021 г. – 1; 2022 г. – 1; 2024 г. – 1; 2025 г. – 4; 2026 г. – 2.

Схему, содержащую DTV, получают 27 пациентов (64,3%): из них битерапию DTV+3TC – 12; DTV+3TC+ABC – 7; DTV+3TC+TDF – 8. Другие схемы: ATV/r+3TC+TDF – 1; ATV/r+ABC+3TC – 3; LPV/r+3TC+TDF – 1; BIC/FTC/TAF – 1; RAL+TDF+3TC – 2; DOR /3TC/TDF – 1; ETR+3TC+TDF – 1; ETR+3TC+ABC – 1; ETR+FTC+TDF – 1; DRV/r+3TC+TDF – 1; EFV+3TC+TDF – 1; ESC/FTC/TDF – 1. Пациенты, имеющие сниженную СКФ получают или битерапию, или уменьшенную дозу препаратов.

ЛЖВ 65 лет и старше обычно имеют не одно сопутствующее заболевание. Наиболее частые заболевания: вирусные гепатиты зарегистрированы у 7: ХГВ – 1; ХГС – 5; в цирроз печени в исходе (ХГС + токсический гепатит) – 1. Цирроз печени после терапии ПВТ в исходе ХГС – у одной пациентки. Имели в анамнезе ХГС принимали ПВТ с эффектом – 2.

Регулярно принимают терапию по поводу различных стадий гипертонической болезни – 8 (из них в анамнезе инсульт у 3-х); ИБС (в анамнезе инфаркт миокарда – 1; нарушения ритма – 6); поражение суставов (остеоартроз; гонартроз) – у 7. Пациенты имели онкозаболевания, которые выявлены до установления диагноза ВИЧ-инфекция 3 чел.: лимфома Ходжкина – 1; рак гортани – 1; рак щитовидной железы – 1 (все после оперативного лечения и терапии). За время наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции онкозаболевания выявлены еще у 4 пациентов данной группы, и им проведено оперативное лечение: рак кожи – 1; рак кожи и рак простаты (на гормональной терапии) у одного одновременно; рак щитовидной железы – 1.

Один пациент обследуется в онкодиспансере: с-г антрального отдела желудка, mts в печень полип поперечно-ободочной кишки.

Заключение. Старение затрагивает всех, независимо от ВИЧ-статуса. ЛЖВ сталкиваются с теми же проблемами со здоровьем, что и население в целом. При выборе схем лечения предпочтение отдавалось схемам, содержащим долутегравир, которые получают 64,3 % пациентов. Назначение битерапии обуславливает как хороший профиль лекарственных взаимодействий, так и минимизирует воздействие на почки. Более 18 лет терапию ВИЧ-инфекции получают две пациентки в возрасте 66 и 65 лет.

При эффективной терапии ВИЧ-инфекции на первый план выступают проблемы, связанные со старением.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ COVID-19 У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В 2023–2024 ГГ. (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Власенко П.С., Белашов Е.А., Вашукова М.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина,
Санкт-Петербург*

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) дебютировала в 2019г. Проведенные исследования в первые два года пандемии позволили установить группы риска небла-



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

гоприятного исхода заболевания (пожилые пациенты с коморбидными патологиями, ВИЧ-инфицированные и т.д.). В последующие годы, несмотря на проэпидемичесвание популяции, в вышеуказанных группах сохранялись высокие показатели летальности.

Цель. Провести анализ клинико-лабораторных данных и результатов аутопсий больных COVID-19 с летальным исходом заболевания в 2023-2024гг.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 90 умерших пациентов с ПЦР-подтвержденным COVID-19 (2023 г. n=43, 2024 г. n=47). Критерии включения: возраст старше 18 лет, загруженный в медицинскую электронную систему учреждения протокол патологоанатомического вскрытия. Анализировали гендерно-возрастные характеристики, длительность госпитализации, коморбидный фон (наличие сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, онкологической патологии, острого нарушения кровообращения (ОНМК) в анамнезе, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)), лабораторные и инструментальные данные, результаты аутопсии. Статистическую обработку выполнили в SPSS 26.0.

Результаты. Медиана (25;75)% возраста пациентов составила 83 (76;92) года, 59% пациентов были женщинами, 41% – мужчинами. Больные провели в стационаре от 1 до 36 дней, Me (25;75)% – 9 (6;16) дней. Все пациенты имели какую-либо коморбидную патологию: сердечно-сосудистые заболевания (69%), сахарный диабет (63%), онкологическую патологию (57%), ОНМК (41%), ХОБЛ (13%); ряд пациентов сочетание двух и более патологий. В 2024 году достоверно чаще встречалась онкологическая патология (70% против 28%, $p<0,001$) и сахарный диабет (89% против 35% ($p<0,001$), а в 2023 заболевания сердечно-сосудистой системы (100% против 40%, $p<0,0001$) и инсульты (70% против 15%, $p<0,001$). Лабораторно наблюдали лейкоцитоз (Me(25;75)% – 12 (7;16)*10(9)/л), лимфопению (Me(25;75)% – 0,9(0,5;1,7)*10(9)/л), признаки повреждения почек (у 42% пациентов был повышен креатинин, у 56% мочевины). При поступлении изменения в легких (КТ/рентген) выявлены у 49% пациентов: 1 степень поражения у 28%, 2я степень у 14%, 3 степень – у 3%, 4 степень – у 3%; повреждения легких преобладали в 2023г (79% против 21%, $p<0,001$). Септическое состояние клинически диагностировано более чем у трети пациентов (36%): в 2023г у 54%, в 2024г у 19% ($p<0,001$). При аутопсии какие-либо изменения в легких или их сочетание зафиксированы у 89% умерших: отек легких у 49%, острый респираторный дистресс синдром у 42%, бактериальная суперинфекция у 38%, тромбоэмболия сосудов легких различной выраженности у 34%, гемопневмоторакс у 20%, гидроторакс у 9%, пневмоторакс у 6%. Изменения в легких незначимо чаще детектировали в 2023г (в 91% случаев против 87%, $p=0,601$). Бактериальную суперинфекцию выявили в 64% в 2024г и в 9% в 2023 ($p<0,001$), отек легких наоборот чаще встречали в 2023г (67% против 33%, $p<0,001$), по остальным параметрам повреждения легких статистически значимой разницы получено не было. Патология сердечно-сосудистой системы морфологически верифицирована у 97%: атеросклероз у 88%, гипертрофия левого желудочка у 69%, перенесенный инфаркт миокарда у 9% (инфаркт миокарда фиксировали только у пациентов 2023г). Патологию почек выявили у 86%, преобладал нефросклероз и острый канальцевый некроз.

Выводы. Летальные исходы COVID-19 в 2023–2024 гг. регистрировали преимущественно у пожилых коморбидных пациентов (медиана возраста 83 года). В 2023 г. чаще выявляли патологию сердечно-сосудистой системы, прижизненно и посмертно диагностировали изменения в легких, проявления сепсиса; в 2024 г. – преобладали пациенты с онкологическими патологиями и сахарным диабетом, на фоне которых развивалась бактериальная суперинфекция.



РАБОТА МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ – ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ АКТИВНОГО ПРИВЛЕЧЕНИЯ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ОТОРВАВШИХСЯ ОТ НАБЛЮДЕНИЯ

Волова Л.Ю., Босенко А.А.

*Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД,
Ноябрьск*

Цель. Определить эффективность работы мультидисциплинарной мобильной бригады по возврату под диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных пациентов, оторвавшихся от диспансерного наблюдения и лечения. Влияние улучшения охвата диспансерным наблюдением и эффективным лечением на показатели смертности.

Материалы и методы. Отчет о работе мобильных бригад по «розыску» и привлечению к диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфицированных пациентов, оторвавшихся от диспансерного наблюдения; отчет о качестве наполнения ФР ВИЧ сведениями (№105); отчет об умерших в разрезе МКБ-10 (№175). Произведен сравнительный анализ показателей охвата диспансерным наблюдением и причин смертности от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией 2024-2025гг.

Результаты и обсуждение. Все пациенты с диагностированной ВИЧ-инфекцией, обратившиеся в специализированные учреждения здравоохранения, после консультирования, проведения клинического обследования с установлением клинического диагноза подлежат постановке на диспансерный учет и комплексному обследованию, а также подготовке к АРТ. Диспансерное наблюдение является обязательным условием проведения АРТ. Диспансерное наблюдение и лечение ВИЧ-инфицированных пациентов пожизненное.

При анализе промежуточных итогов диспансеризации и эффективности лечения ВИЧ-инфицированных в 2024г. в Ямало-Ненецком автономном округе (далее – ЯНАО) было установлено снижение показателей по указанным направлениям на 3,6% и 1,7% соответственно. При ретроспективном анализе причинами ухода с диспансерного наблюдения и лечения установлены следующие причины: зависимость от ПАВ и алкоголя – 55%, социально-психологические барьеры (страхи, неврозы, депрессия) – 20%, «отрицание» болезни – 10%, усталость от приема препаратов и неудобные схемы АРТ – 15%. Учитывая отказ пациентами от посещения центра СПИД, было принято решение о создании выездных мобильных бригад по «розыску» и привлечению к диспансерному наблюдению ВИЧ-инфицированных пациентов, оторвавшихся от наблюдения и лечения. Данное направление работы было регламентировано приказом департамента здравоохранения ЯНАО. В состав мультидисциплинарной бригады было решено включить следующих специалистов: врач-эпидемиолог, врач-инфекционист, врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, медицинская сестра. При подведении итогов работы мобильной бригады установлено, что 34,5% пациентов из группы «потеряшек» были возвращены под диспансерное наблюдение и лечение; охват диспансерным наблюдением увеличился на 5,3%; эффективность АРТ на 1,2%; снижение смертности от заболеваний, связанных с ВИЧ, в т.ч. СПИД, составило 73,6% и 50% соответственно.



Выводы. Работа мобильной мультидисциплинарной бригады по «розыску» и привлечению к диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфицированных пациентов, оторвавшихся от наблюдения, показала свою эффективность. У части пациентов, после разъяснительной работы, выработана мотивация к дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению, улучшена приверженность к приему АРВП.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ

Волова Л.Ю., Грезина Л.А.

*Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД,
Ноябрьск*

Цель. Оценить возможность влияния эпидемиологических и социальных факторов, а также генотипа ВИЧ, на частоту выявления резистентных штаммов ВИЧ у пациентов, получающих антиретровирусные препараты (АРВП) с целью применения этой информации в системе прогнозирования и профилактики развития лекарственной устойчивости ВИЧ.

Материалы и методы. Исследовано 484 образца плазмы от 354 пациентов, принимающих различные схемы АРВП. Исследование проводилось методом популяционного секвенирования гена *pol* ВИЧ-1 на секвенаторе ABI-3500 и тест-системах «АмплиСенс HIV-Resist-Seq».

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования мутации лекарственной резистентности к различным группам АРВП выявлены у 104 пациентов (29,3% случаев).

Установлено, что максимальное количество пациентов с устойчивыми штаммами (26,6% пациентов) выявлялось в течение первого года проводимой терапии, снижаясь по мере увеличения длительности антиретровирусной терапии (АРТ). При этом на первом году терапии в группе мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), случаи устойчивости ВИЧ формировались заметно чаще (33,3%), чем в группах с гетеросексуальными контактами (ГТСК) (21,1%) и потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) (16,9%).

У пациентов с высоким уровнем образованности резистентность выявлялась чаще (36,9%), чем с низким (23,5%). У пациентов с постоянной занятостью – чаще (33,8%), чему у безработных (25,2%). Наличие/отсутствие семейных отношений практически не влияло на уровень резистентности.

При анализе групп с различными путями передачи наибольшее количество резистентных штаммов ВИЧ выявлено у пациентов группы МСМ (42,9%) по сравнению с пациентами ПИН (31,7%) и ГТСК (27,8%).

Выявлена сильная (достоверная) корреляционная связь резистентности с генотипом ВИЧ. Среди штаммов генотипа ВИЧ A(A1, A6) резистентность диагностирована в 29% случаев, штаммов генотипа CRF_03AB – в 37,5%, штаммов генотипа B – в 41,7%. При этом необходимо отметить, что ВИЧ подтипа B регистрируется только в группе МСМ, где его доля является доминирующей и составляет 85,7%.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Ранее сообщалось, что максимальный риск развития устойчивости наблюдается не при низких, а при промежуточных (от 70% до 95%) значениях приверженности. [Клинические рекомендации «Анализ лекарственной устойчивости ВИЧ»-12 стр, Москва, 2017]. Именно пациенты со средним уровнем приверженности создают благоприятную среду для формирования устойчивых штаммов, так как именно субоптимальные значения содержания лекарственных препаратов в клетках крови благоприятствуют формированию резистентности ВИЧ.

Кроме того, формирование устойчивых штаммов ВИЧ у среднеприверженных пациентов из группы МСМ, способствует передаче резистентных штаммов дальше, по эпидемиологическим цепочкам этой обособленной группы, и создает условия для прогрессирования передающейся лекарственной устойчивости.

Выводы.

1. Связь между частотой возникновения устойчивости ВИЧ и социальным статусом пациента не подтверждена.
2. Наибольшее количество резистентных штаммов ВИЧ выявляется у пациентов группы МСМ по сравнению с пациентами ПИН и ГТСК.
3. При назначении АРТ необходим максимально индивидуализированный подход к выбору схемы лечения, учитывающей эпидемиологические особенности пациента и генетические характеристики вируса, которым он инфицирован с учетом наличия передающейся устойчивости ВИЧ.
4. На уровне учреждений практического здравоохранения необходимо реализовать систему мер по профилактике резистентности ВИЧ, с комплексным учетом всех факторов, влияющих на возникновение устойчивости ВИЧ.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Головнов Н.Е.¹, Быхалов Л.С.², Смирнов А.В.³, Морозова Н.А.⁴

¹Волгоградский областной клинический онкологический диспансер,

²Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области
Министерства труда и социальной защиты РФ,

³Волгоградский государственный медицинский университет,

⁴Волгоградский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Волгоград

Глобальная экспансия ВИЧ-инфекции в мире затронула в том числе и Российскую Федерацию. По темпам прироста новых случаев ВИЧ-инфицирования Россия занимает одно из лидирующих мест на Европейском континенте. Общее число выявленных случаев с лабораторно подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции в России превышает 1,3 млн. человек. Смертность от патологий, связанных с ВИЧ, продолжает оставаться на высоком уровне. Абсолютный показатель смертности от ВИЧ-инфекции в РФ с учетом новых территорий за 2023 год составил более 34,2 тыс. человек [1]. В Волгоградской об-

ласти на конец 2023 года с накопительным эффектом зарегистрировано более 17 тыс. пациентов с ВИЧ-инфекцией [2]. Коэффициент смертности среди этой категории составил 7,4 на 100 тыс. населения. Основными вторичными коморбидными заболеваниями при ВИЧ-инфекции являются туберкулез (до 90%), вирусные гепатиты (до 70%), патология ЖКТ (до 80%), патология кожных покровов и слизистых (до 80%), а также новообразования, которые наблюдаются у 10-40% пациентов [3].

Нами проведен ретроспективный анализ вторичных коморбидных заболеваний у ВИЧ-инфицированных за период с 2011 по 2025 г. Злокачественные новообразования (ЗНО) выявлены у 170 пациентов с ВИЧ-инфекцией. При этом в 48,1% новообразования выявлены на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции (стадия 4А-4В). Дебют ЗНО при этом наблюдался при снижении уровня CD4 Т-лимфоцитов <350 клеток /мкл. Возрастная характеристика соответствовала среднему медианному возрасту 39,8 лет. Гендерное распределение составило 42% мужчин и 58% женщин.

В структуре коморбидности ЗНО при ВИЧ-инфекции наиболее часто встречался рак шейки матки – 32 случая (18,8%), морфологически в большинстве случаев был представлен плоскоклеточным неороговевающим раком в 84,4 %, кроме того, были представлены следующие гистологические типы: плоскоклеточный ороговевающий рак 12,5% и аденокарцинома 3,1%. ЗНО молочной железы обнаружено в 17 случаях (10%), гистологические варианты представлены дольковым раком и инвазивной карциномой неспецифического типа, при которой отмечалось превалирование случаев с наличием рецепторов к стероидным гормонам (люминальный молекулярно-биологический подтип) – 47 %, Her2/neu-позитивный вариант составил до 29,4%, тройной негативный подтип – до 23,6%. Колоректальный рак был обнаружен в 8,8% (15 случаев), гистологические варианты были представлены аденокарциномами. Рак легкого определен в 9,6% (22 случая), гистологические варианты представлены плоскоклеточным раком, аденокарциномой, нейроэндокринными злокачественными новообразованиями (высоко- и низкодифференцированными), необходимо отметить, что в 50% случаях гистотип опухоли являлся недифференцированным. Лимфоопролиферативные заболевания выявлены в 15,3% (26 случаев): лимфома Ходжкина 8,8% (15 случаев), определялись классические варианты: смешанно-клеточная, богатый лимфоцитами вариант и формы с нодулярным склерозом; неходжкинские В-клеточные лимфомы составили 6,5% (11 случаев), представлены гистологическими вариантами в виде диффузной крупноклеточной лимфомы, плазмобластной лимфомы, лимфомы маргинальной зоны, а также лимфомы Бёркитта. Были также выявлены: плоскоклеточный рак кожи 3,5% (6 случаев); меланома кожи 2,3%, (4 случая); карцинома яичника 2,3%, (4 случая), гистологические варианты: папиллярная серозная цистаденокарцинома и аденокарцинома; хронический лейкоз 1,7% (3 случая, представленных лимфоцитарным лейкозом и миелолейкозом); опухоли первично-множественных локализаций 3% (5 случаев); опухоли головы и шеи 1,2% (2 случая); рак мочевого пузыря 1,2% (2 случая); рак полового члена 1,2% (2 случая); опухоль яичка 1,2% (2 случая); рак анального канала 1,2% (2 случая); рак поджелудочной железы 1,7% (3 случая); рак щитовидной железы 2,3% (4 случая); дерматофибросаркома 1,2% (2 случая); саркома Капоши 0,6% (1 случай); рак пищевода 0,6% (1 случай); опухоли пищеварительного тракта выходящие за пределы одной локализации 0,6% (1 случай); опухоли брюшинного пространства 0,6% (1 случай); злокачественное новообразование плаценты 0,6% (1 случай); тела матки 0,6% (1 случай); опухоль почки 0,6% (1 случай) в виде

переходно-клеточного рака лоханки; опухоль ЦНС 0,6% (1 случай); опухоль конъюнктивы 0,6% (1 случай) и др. Необходимо отметить, что в 2,7% наблюдалось сочетание опухолевого процесса с туберкулезом легких с падением уровня CD4 Т-лимфоцитов в крови и нарушением их функциональной активности, что указывает на важнейшую роль уровня иммунодепрессии в патогенезе вторичных коморбидных заболеваний [4]. Кроме того, при анализе структуры коморбидности ЗНО у ВИЧ-инфицированных за 15-летний период (с 2011 по 2025 г.) в Волгоградской области обращает на себя внимание тот факт, что самыми частыми ЗНО оказались эпителиальные неоплазии, такие как карциномы шейки матки, молочной железы, легкого. Второе место по частоте выявления занимают лимфопролиферативные заболевания, причем количество случаев с лимфомой Ходжкина превысило число В-клеточных лимфом на 2,3%. Наконец, СПИД-индикаторное заболевание, саркома Капоши было выявлено в 0,6% случаев. Подобная структура коморбидности ЗНО у ВИЧ-инфицированных отличается от классического преобладания в данной группе пациентов В-клеточных лимфом и саркомы Капоши, что рассматривается нами как проявление патоморфоза ВИЧ-инфекции и связано с широким использованием в схемах лечения антиретровирусной терапии, а также значительной приверженностью пациентов исследуемых медико-социальных групп к лечению.

Список литературы:

1. Кравченко А.В., Ладная Н.Н., Шахгильдян В.И. и др. Причины летальных исходов среди лиц, инфицированных ВИЧ, в Российской Федерации в 2022–2023 гг. // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.* 2025. №3. С. 6-12.
2. Головнов Н.Е., Быхалов Л.С., Смирнов А.В. и др. Особенности эпидемиологии и морфологическая характеристика онкологических заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией в Волгоградской области // *Волгоградский научно-медицинский журнал.* 2024. № 4. С. 66-70.
3. Быхалов Л. С., Смирнов А. В. Патоморфологические изменения в легких при туберкулезе на разных стадиях ВИЧ-инфекции. *Вестник Волгоградского медицинского университета* 2014. №2. С. 27-31.
4. Пархоменко Ю.Г., Смирнов А.В., Быхалов Л.С. и др. Патоморфологические особенности поражения органов при коронавирусной инфекции, вызванной SARS-COV-2 // *Волгоградский научно-медицинский журнал.* 2020. № 2. С. 52-57.

* * *



АВАРИЙНЫЕ СИТУАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ КАК ПРЕДИКТОР НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Горелова И.С.^{1,2}, Дмитраченко М.Н.^{1,3}, Мурашова Ю.А.¹,
Квятковский А.В.^{1,2}, Аббасова Е.И.¹, Янчук С.В.¹

¹Краевая клиническая больница №2,

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,

²Дальневосточный федеральный университет,

³Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Владивосток

Цель. Оценить структуру аварийных ситуаций и практику применения пост-контактной профилактики (ПКП) ВИЧ-инфекции среди медицинских работников Приморского края в 2025 г.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное описательное исследование данных мониторинга аварийных ситуаций, зарегистрированных медицинскими организациями Приморского края в 2025 г. Материалом служили акты о медицинских авариях, поступившие в ГБУЗ «ККБ № 2» Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Оценивали количество аварийных ситуаций, механизм экспозиции, профессиональную категорию пострадавших, ВИЧ-статус пациента и назначение ПКП. Использовали методы эпидемиологического анализа и описательной статистики с расчетом абсолютных и относительных частот.

Результаты и обсуждение. В 2025 г. в медицинских организациях Приморского края зарегистрировано 139 аварийных ситуаций, связанных с выполнением профессиональных обязанностей. При оказании медицинской помощи пациентам с установленной ВИЧ-инфекцией произошла 31 (22%) аварийная ситуация, пациентам с отрицательным или неизвестным ВИЧ-статусом – 108 (78%).

В структуре экспозиций были зафиксированы уколы инъекционными иглами – 106 (76%) случаев, порезы и оцарапывания медицинским инструментарием зарегистрированы – в 16 (12%), попадание биологических жидкостей на кожу или слизистые оболочки – в 14 (10%), укусы пациентов – в 3 (2%) случаях. Повреждения кожных покровов острыми медицинскими изделиями составили 122 (88%) случая, что свидетельствует о преобладании аварийных ситуаций, сопровождавшихся нарушением целостности кожных покровов.

Основную группу пострадавших составил средний медицинский персонал – 84 (60%) человека, при этом наиболее часто аварийные ситуации отмечались среди процедурных медицинских сестер – 55 (66%) случаев. Среди врачей в 2025 г. зарегистрировано 44 аварийные ситуации (32%). В структуре врачебных специальностей наибольшее число случаев отмечено у хирургов – 16 (36,4%), у стоматологов зарегистрировано 5 случаев (11,4%). На долю младшего медицинского персонала пришлось 8 случаев (6%). Кроме этого, 3 аварийные ситуации (2%) произошли среди работников технических специальностей.

Из 139 медицинских работников, пострадавших в результате аварийных ситуаций, после оценки риска инфицирования ВИЧ ПКП была назначена в 56 случаях (40%). Получили экстренную профилактику 29 из 108 (27%) работников, контактировавших с

пациентами с отрицательным или неизвестным ВИЧ-статусом. Из 31 работника, контактировавшего с пациентами с установленной ВИЧ-инфекцией, ПКП была назначена 27 (87%). Два работника (6,5%) не получили препараты вследствие позднего обращения, еще двое (6,5%) отказались от их приема.

Выводы. В структуре аварийных ситуаций среди работников медицинских организаций Приморского края в 2025 г. преобладали повреждения инъекционными иглами и другим острым медицинским инструментарием. Основную группу пострадавших составил средний медицинский персонал, среди которых преобладали процедурные медицинские. Около ¼ аварийных ситуаций произошли при оказании медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией. ПКП назначалась с учетом характера контакта, его эпидемиологической значимости и ВИЧ-статуса пациента, однако сохранялись случаи позднего обращения и отказа от приема препаратов. Полученные результаты могут свидетельствовать о необходимости регулярного обучения профессиональных групп риска, усилении контроля безопасности инвазивных манипуляций и обращения с острыми медицинскими отходами, а также обеспечении незамедлительного доступа к оценке контакта и ПКП ВИЧ-инфекции.

ШКАЛА ВИЧ-КФС – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Горячева О.Г.¹, Пономарев С.Б.², Зубарев М.А.¹, Шкляев А.Е.²

¹*Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера,
Пермь,*

²*Ижевский государственный медицинский университет,
Ижевск*

Эпидемиологический переход ВИЧ-инфекции из разряда фатальных в категорию контролируемых хронических заболеваний является одним из наиболее значимых достижений современной медицины. Благодаря широкому внедрению высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ) произошло кардинальное увеличение продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), которая в настоящее время приближается к общепопуляционной. Однако этот успех породил новый глобальный вызов – эпидемию неинфекционной соматической коморбидности. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая болезнь почек (ХБП), анемия и другие цитопении вышли на первый план в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности ЛЖВ, отодвинув оппортунистические инфекции на второй план. Исторически сложившаяся в Российской Федерации вертикально-интегрированная модель оказания помощи, сконцентрированная вокруг Центров СПИД, была оптимальна для решения задач инфекционного контроля, но оказалась недостаточно адаптированной к ведению хронической соматической коморбидности. Учреждения общей лечебной сети не обладают достаточными компетенциями и регламентированными алгоритмами для работы с ЛЖВ, не имеют доступа к полному объему обследований, проведенных в центре СПИД, что создает «зазор» между службами,



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

в котором пациент теряет адекватную помощь. Одним из ключевых пробелов является отсутствие унифицированного и чувствительного к ВИЧ-специфическим факторам инструмента для комплексной оценки тяжести состояния коморбидного пациента.

Цель исследования. Создание балльной шкалы оценки ВИЧ-ассоциированного клиничко-функционального статуса (ВИЧ-КФС) для стратификации тяжести хронической соматической коморбидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией с дальнейшим выбором организационной тактики ведения.

Материалы и методы исследования. В одномоментное поперечное исследование включено 240 госпитализированных пациентов с ВИЧ-инфекцией (2019–2023 гг.) и 160 ВИЧ-негативных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (группа контроля). Выполнено комплексное обследование: клиничко-anamnestическое, эхокардиография, лабораторные тесты. Отбор переменных и пороговые значения определены ROC-анализом с эталонной переменной – числу CD4 Т-лимфоцитов. Внутренняя согласованность шкалы оценена по уровню α Кронбаха, структура – факторным анализом.

Результаты исследования. У 80,4% пациентов с ВИЧ выявлено поражение ≥ 2 органов-мишеней. В шкалу ВИЧ-КФС вошли 7 доменов (иммунодефицит, ХСН, ЛАГ, ХБП, нарушения гемопоэза, воспаление, ИМТ) с суммой баллов от 0 до 20. Выделены степени тяжести КФС: I – 1–5, II – 6–10, III – 11–15, IV – 16–20 баллов. Продемонстрирована внутренняя согласованность и валидность шкалы, как инструмента оценки тяжести клиничко-функционального состояния пациентов с ВИЧ-инфекцией. Шкала позволяет обоснованно выбирать тактику: наблюдение инфекциониста (I степень), консультация профильного специалиста (II), госпитализация в стационар (III), перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (IV).

Заключение. Шкала ВИЧ-КФС является валидным, патогенетически обоснованным инструментом для комплексной оценки тяжести коморбидной хронической соматической патологии у лиц, живущих с ВИЧ, и может быть рекомендована для рутинного применения в центрах СПИД, многопрофильных стационарах и амбулаторном звене.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ НЕПРИВЕРЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И ДИАЛЕКТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Грязнова А.С.¹, Султанова А.Н.², Позднякова Л.Л.¹, Цой А.К.¹

¹Новосибирская областная клиническая инфекционная больница,

²Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск

Цель. Описать структуру и оценить эффективность психокоррекционной программы для ВИЧ-инфицированных пациентов, оторвавшихся от АРВТ, с интеграцией методов КПТ и ДПТ в условиях амбулаторного сопровождения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 ВИЧ-инфицированных пациентов с отрывом от АРВТ более 6 месяцев, которые были разделены на экспериментальную ($n=34$) и контрольную ($n=26$) группы. Для пациентов экспериментальной группы была разработана и проведена групповая психокоррекционная программа длительностью 2 месяца (16 занятий по 2 часа, 2 раза в неделю). Программа включала шесть тематических блоков:

- 1) формирование группы и мотивации – создание безопасной атмосферы, определение правил;
- 2) коррекция актуального психоэмоционального состояния – работа с тревогой и агрессией через осознание потребностей;
- 3) работа с тревожно-депрессивной симптоматикой – когнитивная переоценка дисфункциональных установок (КПТ), ведение дневника автоматических мыслей;
- 4) развитие эмоциональной регуляции и коммуникативной компетентности – навыки ДПТ «ТРУД» (температурное воздействие, тяжелые физические нагрузки, дыхание по квадрату), «ЗАБОТА» (забота о теле), «ДРУГ» (доброжелательность, валидация), «ПОПРОСИ» (эффективное предъявление просьб);
- 5) снижение частоты дезадаптивных копинг-стратегий – карточки когнитивной переоценки, работа с избеганием и дистанцированием;
- 6) развитие самоэффективности – постановка малых достижимых целей, ведение трекера привычек приема АРВТ.

Оценка эффективности проводилась с использованием шкал HADS, опросника Басса–Дарки (адаптация Л.Г. Почебут), Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF), Шкала общей самоэффективности (GSE), Опросник стратегий совладающего поведения Р.Лазаруса (WCQ) и шкалы Мориски–Грин (MARS) на исходном уровне, сразу после завершения программы и через 6 месяцев. Статистическая обработка выполнена с применением критерия Вилкоксона и Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение. Исходно для пациентов экспериментальной группы были характерны клинически значимая тревога ($12,1 \pm 2,5$) и субклиническая депрессия ($8,3 \pm 1,9$), высокие показатели вербальной ($26,1 \pm 3,1$) и самоагрессии ($25,3 \pm 2,3$), низкая самоэффективность ($24,7 \pm 3,3$) и частое использование дезадаптивных копингов «бегство-избегание» ($14,6 \pm 2,2$) и «дистанцирование» ($15,1 \pm 1,8$).

По итогам психокоррекции и в 6-месячном катамнезе в экспериментальной группе зафиксирована достоверная положительная динамика ($p < 0,001$):

Эмоциональная сфера: снижение уровня тревоги до $6,1 \pm 1,6$, депрессии до $4,1 \pm 1,1$; редукция вербальной (до $16,6 \pm 4,1$), эмоциональной (с $14,1$ до $6,5$) и самоагрессии (до $17,4 \pm 2,4$).

Копинг-поведение: достоверное снижение частоты использования дезадаптивных стратегий «бегство-избегание» (с $14,6$ до $7,8$; $p < 0,001$) и «дистанцирование» (с $15,1$ до $7,3$; $p < 0,001$) при росте адаптивного копинга «поиск социальной поддержки» (с $6,3$ до $14,8$; $p < 0,001$).

Личностные ресурсы: значимый рост самоэффективности (с $24,7$ до $42,6$; $p = 0,041$), улучшение показателей качества жизни, физического, психологического и социального благополучия.

В контрольной группе, не проходившей психокоррекционное сопровождение, достоверных изменений не выявлено. Согласно клинко-лабораторным данным и шкале



MARS, через 6 месяцев после начала программы 64,7% пациентов экспериментальной группы вернулись к высокому уровню приверженности АРВТ, 23,5% - к умеренному, и лишь 11,8% сохранили низкий уровень. В контрольной группе доля пациентов с высокой приверженностью составила лишь 28,6%, а с низкой — 53,5%.

Выводы. Интеграция элементов КПТ и ДПТ в амбулаторную практику СПИД-центра позволяет эффективно работать с эмоционально-поведенческими мишенями (тревогой, самоагрессией, стигматизацией), формировать адаптивные навыки совладания и возвращать пациентов к регулярному приему АРВТ. Разработанная программа может быть рекомендована для внедрения в систему психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных на этапе возобновления терапии, особенно у пациентов с длительным анамнезом заболевания и высоким уровнем самостигматизации.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЛЖВ, ВСТАВШИХ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ В 2026 ГОДУ

Добровторская Е.А.¹, Вехова Е.В.¹, Калышенко А.М.¹, Калышенко Т.А.²

*¹Самарский областной клинический центр
профилактики и борьбы со СПИД,
Самара,*

*²Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург*

Актуальность. Астенический синдром это симптомокомплекс, отражающий общее истощение организма, которое влияет на прогноз лечения ВИЧ-инфекции, на возможность возвращения пациентов к обычному образу жизни. В ряде исследований (HIV Medicine, 2013г t14, Payne BA, Hateley CL, Ong EL) отмечается встречаемость астении у ВИЧ-инфицированных с первичными проявлениями инфекции до 19,6% случаев; а в исследовании астении на фоне приема АРВТ встречаемость до 50,7% (Беляева В.В и соавторы, 2022г). Для ЛЖВ на выраженность астении влияет активная ВИЧ-инфекция, когда пациент не получает АРВТ; ко-инфекции (туберкулез); сопутствующие заболевания (анемия, пневмония; онкопатология), саркопения, тревога и депрессия. Один из факторов астении - это снижение уровня нейромедиаторов – серотонина, норадреналина, дофамина; они играют важную роль в регулировании эмоций, поведения, обучения и других биологических процессов.

Материалы и методы. Анализ амбулаторных карт пациентов (ф.25/у), вставших на диспансерный учет в ГБУЗ СОКЦ СПИД Самарской области за первые 6 месяцев 2026г. Методы описательной статистики. Оценка астении проводилась по шкалам: ШАС (шкала астенического состояния) и MFI 20 (субъективная шкала оценки астении).

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 42 пациента; средний возраст 50,2. Основными компонентами астении были: физическая астения (снижение активности, быстрая утомляемость); психическая астения (раздражительность, апатия,



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

нарушение сна); когнитивные (снижение внимания). В ходе исследования, полученные результаты (степень выраженности астенического синдрома в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и данных клинико-лабораторного обследования) распределились следующим образом.

3 ст. ВИЧ-инфекции 5 чел. (11,9%; 95% ДИ: 3,98%-26,6%), средний возраст 47,3; уровень СД4 > 250 кл/мкл; вирусная нагрузка (ВН) у 2 (40%) > 200 тыс. коп/мл; у 3 (60%) < 50 тыс. коп/мл. При обследовании у всех пациентов выявлена легкая астеня. Пациенты начали прием АРВТ, в среднем через 3 месяца, у всех пациентов астенического синдрома не отмечалось.

4А стадия у 18 чел (42,9%; 95% ДИ: 27,2%-69%), средний возраст 51,7. Легкая астеня выявлена у 7 (38,9%; 95% ДИ: 17,3%-64,5%), средний возраст 51,4; СД4 > 100 кл/мкл; ВН < 50 тыс. коп/мл. Умеренная астеня у 11 (61,1%; 95% ДИ: 35,7%-82,7%), средний возраст 52,1; СД4 < 100 кл/мкл; ВН > 100 тыс. коп/мл. После начала АРВТ, в среднем через 3 месяца, у 13 пациентов (72,3%) астенический синдром регрессировал; легкая астеня сохранилась у 5 (27,7%) с сопутствующей патологией (анемия, употребление ПАВ, снижение массы тела < 10%).

4Б стадия у 14 пациентов (33,3%; 95% ДИ: 19,6%-49,6%), средний возраст 46,3. Легкая астеня выявлена у 5 (35,7%; 95% ДИ: 12,8% – 64,4%), средний возраст 43,5; СД4 > 100 кл/мкл; ВН 80 тыс.-740 тыс. коп/мл. Умеренная астеня зарегистрирована у 8 (57,15%; 95% ДИ: 28,9%-82,4%), средний возраст 54,5; СД4 < 80 кл/мкл; ВН 270 тыс.-900 тыс. коп/мл. Выраженная астеня у 1 (7,15%; 95% ДИ: 0,2%-33,9%), пациента в возрасте 35; СД4 < 50 кл/мл; ВН 4 млн. коп/мл.

Пациенты начали терапию ВИЧ-инфекции; на фоне АРВТ, в среднем через 3 месяца, у 8 (57,1%) симптомов астении не выявлено; умеренная астеня сохранилась у 5 (35,7%) с сопутствующей патологией (пневмония, снижение массы тела > 10%, употребление ПАВ); выраженная астеня сохранилась у 1 пациента (7,2%) в возрасте 72 лет с ко-инфекцией (туберкулез) и снижением массы тела > 10%.

4В стадия у 5 пациентов (11,9%; 95% ДИ: 3,98%-26,6%), средний возраст 57,2; СД4 < 50 кл/мл; ВН от 100 тыс. до 2 млн коп/мл. При обследовании у всех выраженная астеня. После начала АРВТ, в среднем через 3 месяца, умеренная астеня сохранилась у 4 (80%) с сопутствующей патологией (поражением нервной системы, снижением массы тела > 10%; онкопатологией). Пациент в возрасте 67 лет с саркомой Капоши, снижением массы тела > 10%, скончался.

Выводы. В результате обследования пациентов, с впервые выявленной, в 2026 году ВИЧ-инфекцией, которым была проведена оценка астении, выявлено:

1) степень выраженности астенического синдрома при ВИЧ-инфекции соответствовала стадии заболевания: все пациенты с 3-й стадией имели легкую; у пациентов с 4А - легкая астеня у 7 (38,9%); умеренная астеня у 11 (61,1%); 4Б - легкая астеня у 5 (35,7%); умеренная астеня у 8 (57,14%); выраженная астеня 1 (7,14%); 4В - выраженная астеня у всех;

2) на фоне приема АРВТ регресс астенического синдрома у 61,9%;

3) выраженная астеня у 4 пациентов с 4В снизилась до умеренной. На фоне приема АРВТ регресс астенического синдрома дает возможность большинству пациентам вести привычный образ жизни.



ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНА P24 И АНТИТЕЛ К ВИЧ 1/2

Иванов В.С.

ООО «РapidБио»,
Москва

Цель. Разработка и оптимизация условий проведения иммунохроматографического анализа (ИХА) для одновременного выявления антигена p24 и антител к ВИЧ 1/2 с повышенной чувствительностью и снижением неспецифических взаимодействий.

Материалы и методы. В работе использованы рекомбинантный антиген p24, панели положительных и отрицательных образцов плазмы и сыворотки, а также стандартные панели предприятия. Конъюгаты готовили на основе коллоидного золота. В качестве захватывающих реагентов применяли моноклональные антитела к p24 и рекомбинантные антигены ВИЧ-1/2 (gp41, gp36, gp120). Проводилась оптимизация состава толкающего буфера (PBS/Tris, концентрации солей, детергентов, белковых блокаторов), условий нанесения реагентов и режимов тестирования (объем образца, время анализа). Оценку аналитической чувствительности проводили с использованием серийных разведений p24, а также образцов с антителами к ВИЧ.

Результаты и обсуждение. Показано, что ключевым фактором, влияющим на чувствительность к p24, является баланс между эффективной лизисной способностью буфера и сохранением антигенной структуры белка. Оптимизированный состав буфера (PBS, мочевины, казеина, Tween-20, NaCl) обеспечил стабильное выявление p24 на уровне 50 пг/мл в плазме. При этом отмечено влияние матричных эффектов, приводящих к снижению чувствительности по сравнению с буферными растворами. Для снижения неспецифического окрашивания при анализе образцов с антителами к ВИЧ введены дополнительные блокирующие компоненты, включая сывороточные белки. Установлено, что гетерофильные антитела и высокие титры специфических антител могут вызывать ложноположительные сигналы в зоне детекции p24. Проведено сравнение различных конфигураций теста, показавшее, что пространственное разделение зон детекции антигена и антител повышает стабильность результата.

Выводы. Разработан прототип ИХА-теста, обеспечивающий одновременное выявление p24 и антител к ВИЧ 1/2. Оптимизация буферной системы и блокирующих агентов позволяет снизить неспецифические взаимодействия и повысить воспроизводимость анализа. Полученные результаты могут быть использованы при создании тест-систем ранней диагностики ВИЧ-инфекции.

* * *



ВЛИЯНИЕ МАТРИЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ГЕТЕРОФИЛЬНЫХ АНТИТЕЛ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ

Иванов В.С.

ООО «РapidБио»,

Москва

Цель. Оценка влияния матричных факторов и гетерофильных антител на специфичность и достоверность результатов иммунохроматографических тестов для диагностики ВИЧ.

Материалы и методы. Использованы образцы цельной крови, плазмы и сыворотки, включая панели с различными антикоагулянтами (EDTA, гепарин, цитрат). Проводили анализ на ИХА-тестах с использованием коллоидного золота в качестве метки. Изучалось влияние различных блокирующих агентов (БСА, казеин, аминокислоты, сыворотка КРС, полимерные добавки). Оценивали интенсивность тестовых линий и наличие неспецифического окрашивания.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что тип биологической матрицы существенно влияет на результаты анализа: плазма чаще вызывает неспецифическое окрашивание по сравнению с сывороткой. Установлено, что гетерофильные антитела, включая НАМА, могут взаимодействовать с компонентами теста, вызывая ложноположительные сигналы. Добавление сыворотки крупного рогатого скота в буфер позволило существенно снизить уровень неспецифического связывания. Также показано влияние антикоагулянтов на интенсивность сигнала и кинетику миграции. Комбинация белковых и поверхностно-активных блокаторов оказалась наиболее эффективной для стабилизации системы.

Выводы. Матричные эффекты и гетерофильные антитела являются значимыми факторами риска ложноположительных результатов ИХА. Оптимизация состава буфера и использование комбинированных блокаторов позволяют повысить специфичность теста. Результаты подчеркивают необходимость учета биологических факторов при разработке и валидации тест-систем.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНА P24: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Иванов В.С.

ООО «РapidБио»,

Москва

Цель. Исследование факторов, ограничивающих аналитическую чувствительность ИХА при выявлении антигена p24 ВИЧ, и разработка подходов к ее повышению.

Материалы и методы. Использовали рекомбинантный p24 и стандартные контрольные панели. Проводили титрование антигена в буфере и биологических матрицах. Оценивали различные типы меток (коллоидное золото), концентрации антител, составы

буферов и условия проведения анализа. Анализировали влияние концентрации антигена на формирование сигнала, включая эффект «hook effect».

Результаты и обсуждение. Показано, что при высоких концентрациях антигена наблюдается эффект «hook effect», приводящий к снижению интенсивности тестовой линии. В низких концентрациях ключевым ограничивающим фактором является эффективность захвата антигена и стабильность иммунных комплексов. Различия между буферными системами и биологическими образцами обусловлены влиянием белков плазмы и других компонентов. Оптимизация соотношения антител, состава буфера и условий миграции позволила достичь чувствительности порядка десятков пг/мл. Также выявлено влияние качества наночастиц (агрегация, распределение по размеру) на воспроизводимость сигнала.

Выводы. Чувствительность ИХА к р24 ограничивается как биохимическими, так и физико-химическими факторами. Для повышения чувствительности необходимо комплексное управление параметрами системы: буфер, антитела, метка и архитектура теста. Полученные данные могут быть использованы при разработке тестов ранней диагностики ВИЧ-инфекции.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМЕРШИХ ЛИЦ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С УЧЕТОМ ПОЛА

Кашевник Т.И.¹, Корнелюк Е.Д.¹, Сидоренко А.Д.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная инфекционная клиническая больница,
Гродно, Беларусь

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, ВИЧ-инфекция остается одной из ключевых проблем общественного здравоохранения в мире. По современным оценкам, с начала эпидемии ВИЧ-инфекция стала причиной более 44 млн смертей. В Республике Беларусь проблема ВИЧ-инфекции также сохраняет свою актуальность, что определяет необходимость дальнейшего изучения клинико-эпидемиологических особенностей пациентов с неблагоприятными исходами, в том числе с учетом различий, связанных с полом.

Цель исследования. Проанализировать клинико-эпидемиологические характеристики лиц с ВИЧ-инфекцией, умерших в Гродненской области в 2021–2025 гг., и выявить различия в зависимости от пола.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 185 лиц с ВИЧ-инфекцией, умерших в Гродненской области в 2021–2025 гг. Изучались пол, возраст на момент смерти, путь инфицирования ВИЧ, продолжительность периода от постановки диагноза до смерти, клиническая стадия ВИЧ-инфекции на момент летального исхода. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты. За анализируемый период в Гродненской области умерли 185 лиц с ВИЧ-инфекцией. Среди них преобладали мужчины – 135 (73,0%), женщин было 50 (27,0%) ($p < 0,01$). Средний возраст на момент смерти составил $46,8 \pm 3,2$ года у мужчин и $50,7 \pm 4,3$ года у женщин. Наибольшая доля умерших приходилась на возрастную группу 41–50 лет – 76 (41,1%). В возрасте 51–60 лет умерли 44 (23,8%) пациента, 31–40 лет –



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

41 (22,2%), старше 60 лет – 21 (11,4%), до 30 лет – 3 (1,6%). Среди мужчин доля умерших в возрасте 31–40 лет составила 27,5% ($n=37$), что было достоверно выше, чем среди женщин – 8,0% ($n=4$; $p<0,01$). В то же время среди женщин доля умерших в возрасте старше 60 лет была выше и составила 20,0% ($n=10$) против 8,15% ($n=11$) среди мужчин ($p<0,05$).

У большинства умерших – 138 (74,6%) – был установлен половой путь инфицирования ВИЧ. Парентеральное инфицирование при употреблении инъекционных наркотиков зарегистрировано у 32 (17,3%) пациентов и достоверно чаще встречалось среди мужчин: 28 (20,7%) против 4 (8,0%) у женщин ($p<0,05$). В 15 (8,1%) случаях путь инфицирования до момента смерти оставался неустановленным.

Статистически значимых различий в продолжительности периода от постановки диагноза «ВИЧ-инфекция» до смерти у мужчин и женщин не выявлено: $5,97\pm 1,1$ года и $7,35\pm 1,2$ года соответственно. При этом доля женщин с длительностью ВИЧ-инфекции более 10 лет была достоверно выше, чем среди мужчин: 38,0% ($n=19$) и 19,3% ($n=26$) соответственно ($p<0,01$). Обращает на себя внимание тот факт, что у 43 (23,2%) пациентов продолжительность жизни после верификации диагноза составила менее одного года, а в отдельных случаях – менее одного месяца.

Достоверных различий между мужчинами и женщинами по клиническим стадиям ВИЧ-инфекции на момент смерти не установлено. Более половины пациентов – 98 (53,0%) – находились на поздних стадиях заболевания по классификации ВОЗ: 3-я стадия была установлена у 62 (33,5%), 4-я – у 36 (19,5%) пациентов. Ранние стадии были выявлены у 87 (47,0%) пациентов: 1-я стадия – у 74 (40,0%), 2-я – у 13 (7,0%).

Выводы. Среди лиц с ВИЧ-инфекцией, умерших в Гродненской области в 2021–2025 гг., преобладали мужчины. Для мужчин были характерны более высокая доля летальных исходов в возрасте 31–40 лет и более частое инфицирование ВИЧ парентеральным путем. Среди женщин чаще встречались лица с длительностью ВИЧ-инфекции более 10 лет, а также умершие в возрасте старше 60 лет. Более половины умерших находились на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а почти у четверти пациентов период от постановки диагноза до смерти составил менее одного года, что может свидетельствовать о проблеме позднего выявления инфекции и необходимости дальнейшего совершенствования подходов к ее ранней диагностике и наблюдению пациентов.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ О ПРИЧИНАХ ПРОПУСКОВ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРАКТИКЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Козырина Н.В.¹, Беляева В.В.¹, Соколова Е.В.¹,
Семикова С.Ю.², Ковеленов А.Ю.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва,

²Ленинградский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Санкт-Петербург

Цель. Изучить представления специалистов о причинах пропусков антиретровирусной терапии, и применяемой тактики профилактики неприверженности лечению.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Материалы и методы. В мае 2026г на образовательном мероприятии были опрошены 32 специалиста СЗФО, работающие в сфере оказания помощи людям, живущим с ВИЧ. 78,1% – врачи-инфекционисты, 3,1% – соцработники, 18,8% – другие специалисты. Стаж работы в области ВИЧ-инфекции менее 1 г – у 15,6%, от 1-5л – 25%, 5-10л – 25% и 34,4% работали с ВИЧ-позитивными пациентами более 10 лет. Результаты анализировали методами описательной статистики, открытые вопросы анализировались методом контент- анализа.

Результаты и обсуждение. Большинство респондентов основной причиной пропусков АРТ считали низкую мотивацию пациентов – 53,1%, употребление ПАВ как причину пропусков указали 46,9%, 43,1% связывали пропуски с неблагоприятными социальными факторами, треть респондентов указали на «забывчивость» пациентов (34,4%), 12,5% – депрессию, стигму – 6,2%. Несмотря на то, что забывчивость не являлась ведущей причиной пропусков в структуре ответов, большинство специалистов считали необходимым работать с ней отдельно (81,2%).

При выявлении пропусков приема АРТ 56,2% специалистов разъясняли пациентам важность лечения, 40,6% использовали практические инструменты (памятки, чек-листы, алгоритмы), 21,9% усиливали контроль за соблюдением графика приема препаратов, 18,8% действовали ситуативно, без алгоритмов, направляли к «помогающим» специалистам – 15,6%.

В контент-анализе ответов на вопрос о факторах, помогающих не пропускать АРТ, специалисты чаще указывали на мотивацию пациентов (45,5%), заинтересованность пациента, самодисциплину, осведомленность о целях терапии и понимание важности лечения (31,8%). Наряду с этим значимыми оказались доверие медицинскому персоналу, контакт с пациентом, отсутствие формализма в общении, поддержка семьи (27,3%) и психологическая/психотерапевтическая помощь (18,2%), оптимизация схемы АРТ и снижение непереносимости – 18,2%. Реже упоминались практические инструменты поддержания режима лечения – напоминания, чек-листы, равное консультирование, лайфхаки по приему препаратов (9,1%).

Специалисты высказали запрос на практические инструменты (напоминания, схемы беседы, чек-листы, алгоритмы) 40,6% опрошенных, об обучающем разборе клинических случаев сообщили 40,6%, 37,5% выразили запрос на получение четких алгоритмов работы, 15,6% – повышение навыков коммуникации.

Единого подхода к клинической значимости редких пропусков АРТ среди специалистов не выявлено. 43,8% респондентов считает необходимым вмешательство уже при единичных пропусках терапии, 28,1% – после 2-3 пропусков, 9,4% – только при регулярных пропусках, 3,1% – вмешиваются при росте вирусной нагрузки, 15,6% в зависимости от клинической ситуации. Полученные результаты позволяют предположить, что отсутствие единого подхода может приводить к вариативности консультативной тактики и подчеркивает необходимость разработки единых практических алгоритмов сопровождения пациентов.

Выводы. Среди используемых специалистами тактик консультативной работы при выявлении пропусков преобладал информационно-мотивационный подход. Несмотря на признание многофакторной природы неприверженности, практические инструменты сопровождения (алгоритмы консультирования, чек-листы, памятки и структурированные схемы беседы) использовались существенно реже. Исследование выявило выражен-



ный запрос специалистов на прикладные форматы обучения и стандартизированные инструменты консультирования, что свидетельствует о необходимости разработки и внедрения единых алгоритмов раннего сопровождения пациентов с эпизодическими пропусками антиретровирусной терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Логинава О.П.¹, Гасич Е.Л.²

*¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека,
Гомель, Беларусь,*

*²Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья,
Минск, Беларусь*

Рак шейки матки (РШМ) в большинстве случаев вызывается персистирующей инфекцией вируса папилломы человека (ВПЧ). Женщины, живущие с ВИЧ, в 6 раз чаще болевают РШМ по сравнению с общей популяцией, и, по оценкам, 5% всех случаев рака шейки матки связаны с ВИЧ [D. Stelze и соавт., 2020]. РШМ непропорционально чаще поражает молодых женщин. По расчетам примерно 20% детей остаются без матери вследствие ее смерти по причине рака шейки матки [F. Guida и соавт., 2020]. Профилактическая вакцинация против ВПЧ, скрининг и лечение предраковых поражений являются эффективными и экономически выгодными стратегиями профилактики рака шейки матки.

Цель исследования. Изучить распространенность ВПЧ-инфекции различной локализации (цервикальный канал, анальный канал) у женщин с различным ВИЧ-статусом.

Материалы и методы. Объектом исследования явились женщины, живущие с ВИЧ (n=100) и женщины без ВИЧ-инфекции (n=100). Материалом для исследования послужили соскобы из цервикального и анального каналов, которые были проанализированы методом жидкостной цитологии и методом ПЦР с использованием набора реагентов АмплиСенс® ВПЧ ВКР генотип-титр-FL (Российская Федерация).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследований образцов из цервикального канала показали, что из 100 ВИЧ-негативных женщин цитологические изменения были выявлены в 8 случаях (8%). В группе ВИЧ-позитивных женщин наличие цитологических изменений было достоверно выше ($p < 0,05$). В этой группе в 65% случаях были выявлены плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени (LSIL) и у 35% – плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени (HSIL). В то время как у ВИЧ-негативных женщин в 25% отмечены атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения (ASC-US), а HSIL определены только у 12,5% обследованных. При анализе выявленных патологических изменений анального канала у ВИЧ-позитивных женщин по результатам цитологического исследования, установлено, что с наибольшей частотой встречались ASC-US (56,3%), LSIL выявлены в 18,5% образцов, HSIL и AIN1 были отмечены в одинаковом проценте случаев и составили по 12,5%.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

По результатам ПЦР-исследования установлено, что ДНК ВПЧ чаще детектировалась в клинических образцах от женщин с положительным ВИЧ-статусом, чем в группе ВИЧ-негативных женщин ($p < 0,001$). Так, ДНК ВПЧ обнаружена в 26 (26%) пробах из цервикального канала пациентов с отрицательным ВИЧ-статусом и в 39% случаев из анального канала. В группе ВИЧ-положительных пациентов ДНК ВПЧ ВКР была детектирована в 58% цервикальных образцов и в 82 (82%) образцах из анального канала. Следовательно, ВИЧ-положительные женщины имеют более высокий риск развития РШМ, инициированный вирусом папилломы человека. ВИЧ-инфекция ослабляет иммунную систему, что делает ВИЧ-положительных пациенток более уязвимыми для ВПЧ и повышается риск опухолевой трансформации цервикального и анального эпителия.

При анализе распределения различных генотипов ВПЧ ВКР выявлено, что наиболее часто встречались генотипы 53 (46%), 51 (41%), 16 (36%), 73 (30%), 68 (29%), 58 (26%) у женщин двух групп. При проведении детального анализа встречаемости генотипов ВПЧ ВКР у ВИЧ-положительных женщин отмечено, что в анальном канале с наибольшей частотой встречались 53 (27%), 16 (18%), 51 (18%), 73 (18%) генотипы ВПЧ. В цервикальном канале в этой же группе пациентов чаще были детектированы 16 (13%), 51 (12%) и 68 (12%) генотипы ВПЧ ВКР.

Основные генотипы ВПЧ ВКР у ВИЧ-негативных женщин в образцах из анального канала распределились следующим образом: на первом месте находился ВПЧ 53 (9%) генотипа, на втором – 51 (6%), 68 (5%), на третьем – 58 (4%) генотип. В цервикальном канале у ВИЧ-негативных женщин преобладали 51 (5%), 68 (5%) и 16 (4%) генотипы вируса.

Таким образом, по результатам генотипирования ВПЧ ВКР установлено, что ВПЧ обнаружен чаще в группе ВИЧ-положительных женщин как в цервикальном, так и в анальном каналах. Причем, с высокой частотой (83,3%) генотипы ВПЧ ВКР выявлены в ассоциациях, а не в моноварианте. Это является предпосылкой для возникновения рака анального канала и шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ВИЧ: ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ И НЕОБХОДИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА

Маркушина А.В.¹, Парфёнова Е.Д.¹, Косых А.В.²

¹АНО «Пора Помогать»,

²Республиканская клиническая инфекционная больница,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность программы нейропсихологической коррекции у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию (АРТ).

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 10 детей (5 мальчиков, 5 девочек) в возрасте 6 – 14 лет с подтвержденной перинатальной ВИЧ-инфекцией, получающие антиретровирусную терапию не менее 12 месяцев. Критерии

включения в группу: стабильное соматическое состояние, информированное согласие. Критерии исключения: тяжелые психические заболевания, грубые сенсорные нарушения, невозможность проведения занятий в онлайн-формате.

Нейропсихологическая диагностика проводилась по методикам А.Р. Лурия в адаптации Ж.М. Глоzman (дважды: до и после коррекции). Оценивались профиль латеральной организации, показатели праксиса (кинетического, кинестетического; реципрокная координация; слухоритмическая координация), зрительный и слуховой гнозис, зрительно-пространственное восприятие, внимание и нейродинамические показатели, слухоречевая память.

Программа коррекции включала 15 индивидуальных онлайн-занятий по 55 минут (1 раз в неделю). Особое внимание уделялось переносу навыков на режим приема АРТ.

Результаты и обсуждение. При первичном нейропсихологическом обследовании у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией выявлены характерные нейрокогнитивные дефициты. Наиболее часто встречались неустойчивость и сужение объема внимания (у 90 % участников), снижение объема слухоречевой долговременной памяти (50 %), а также нарушения зрительного (80 %) и зрительно-пространственного восприятия. Несмотря на проведение антиретровирусной терапии, у большинства обследованных сохранялись признаки несформированности кинетического (90 %) и регуляторного факторов. Особого внимания заслуживают нарушения мышления, зарегистрированные у участников исследования. Выраженные дефициты в сфере регуляции, программирования и контроля деятельности свидетельствуют о стойком вовлечении лобных и лобно-подкорковых структур, типичном для ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений.

После проведения курса нейропсихологической коррекции значимая положительная динамика была зарегистрирована по ряду ключевых функциональных сфер: в сфере праксиса (фактор межполушарного взаимодействия и кинетический фактор) улучшения наблюдались у 70 % участников. По фактору зрительно-симультанного анализа и синтеза – у 80 % обследованных, динамика выявляется также в показателях зрительно-пространственного восприятия. В 60 % отмечено снижение выраженности истощаемости и импульсивности деятельности.

Полученные данные согласуются с литературой: ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства (HAND) сохраняются несмотря на вирусную супрессию и напрямую влияют на приверженность АРТ через дефицит регуляторных функций, памяти и навыков планирования. Целенаправленная нейропсихологическая коррекция формирует устойчивые навыки самоконтроля, способствуя самостоятельному соблюдению режима терапии.

Выводы. У детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией сохраняются стойкие нейрокогнитивные нарушения, требующие специализированной коррекции. Предложенная программа (15 онлайн-занятий) эффективна для улучшения внимания, праксиса, регуляторных и нейродинамических функций. Нейропсихологическая коррекция является важным компонентом комплексного сопровождения, повышающим приверженность антиретровирусной терапии и качество жизни детей.

Необходимы дальнейшие исследования на расширенной выборке.



ФЕНОМЕН ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВ ТЕРАПИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ КРАЕВОГО ЦЕНТРА «АНТИ-СПИД» Г. ХАБАРОВСК

Мисак О.Н., Латыпова Д.М., Кузнецова А.В.

*Хабаровский краевой центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Хабаровск*

Жизнестойкость (hardiness) представляет собой систему убеждений о себе, мире, об отношениях с миром и включает в себя три компонента: вовлеченность, принятие риска и контроль. Выявление и осознание индивидуальных особенностей психологического ресурса, а именно жизнестойкости людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), имеет большое значение в преодолении жизненного кризиса, мобилизации и эффективном использовании компенсаторных механизмов для борьбы с болезнью. Известны четыре типа переживаний кризисной ситуации ВИЧ-инфекции: 1. «Убегающие от болезни»; 2. «Нуждающиеся в помощи»; 3. «Ищущие себя и смысл»; 4. «Жизнестойкие». Предполагается, что «Убегающие от болезни» находятся на начальных этапах адаптации к диагнозу, в то время как «Жизнестойкие» являются примером его удачного переживания. В КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» МЗХК в 2025 году проведено исследование феномена жизнестойкости, у пациентов с состоящих под диспансерным наблюдением с диагнозом ВИЧ-инфекция.

Цель исследования. Изучение связи феномена жизнестойкости ВИЧ-инфицированных пациентов и приверженности АРВ терапии.

Участники исследования:

– Пациенты КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» МЗХК в возрасте 25-55 лет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (n=52)

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели методы:

- анализ медицинской документации (медицинских карт амбулаторного больного);
- анализ целевой аудитории (возраст, семейное положение, наличие детей, образование);
- тест жизнестойкости с. Мади (опросник Hardiness Survey) в адаптации Леонтьева Д.А. и Рассказовой Е.И.

Результаты. Всего в исследовании приняли участие 52 человека, половина из которых была в возрасте 41-50 лет – 26 человек (50%), 30-40 лет – 21 человек (40,4%), 51 лет и старше – 5 человек (9,6%). Большинство имело среднеспециальное образование – 32 человека (61,5%), еще 9 человек – высшее (17,3%) и основное/среднее образование – 11 человек (21,2%).

В процессе анализа полученных данных исследуемые были разделены на три подгруппы: 1. люди с низким уровнем жизнестойкости 39 баллов и ниже – 14 человек (26,9%); 2. люди со средним уровнем жизнестойкости 51-61 балл – 26 человек (50%); 3. люди с высоким уровнем жизнестойкости 62 балла и выше – 12 человек (23,1%). ЛЖВ с низким уровнем жизнестойкости находились на «продвинутых» стадиях ВИЧ-инфекции, у некоторых из них определялась вирусологическая устойчивость (резистентность) к АРВ препаратам, периодически регистрировалась высокая вирусная нагрузка, из сопутствующих заболеваний обращали на себя внимание МЛУ формы туберкулеза и активная (алкогольная/наркотическая) зависимость. Пациенты демонстрировали низкую приверженность «Д»



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

наблюдению и лечению, самостигму, негативные установки относительно своего будущего, рентное отношение к болезни и установочное поведение. У ЛЖВ со средним уровнем жизнестойкости хорошие показатели приверженности, возможны незначительные пропуски в приеме АРВП, визиты к врачу-инфекционисту без предварительной записи, хорошее самочувствие, настроение и сон, из сопутствующих заболеваний – гипертония, хронический гастрит, холестаз. Исследуемые ЛЖВ с высоким уровнем жизнестойкости были привержены диспансерному наблюдению, как правило более пяти лет состояли на «Д» учете, имели неопределяемую вирусную нагрузку и более 600 CD4 лимфоцитов, однако проявляли высокий уровень напряжения относительно дальнейшего развития заболевания, не обращались за поддержкой к близким и имели сложно контролируемую сопутствующую патологию (онкологическую, сердечно-сосудистую и др.).

Заключение. Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что психологическое здоровье, личностные установки, диспозиции личности и их влияние на течение ВИЧ-инфекции и приверженность АРВ терапии остаются недооцененными и мало изученными. В представленном исследовании у ЛЖВ с низким уровнем жизнестойкости фиксировалась низкая приверженность к АРВТ, ЛЖВ со средним и высоким уровнем жизнестойкости демонстрировали хорошую приверженность лечению, однако у ЛЖВ с высоким уровнем жизнестойкости регистрировалась более тяжелая сопутствующая соматическая патология.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЖЕНЩИН, В ТОМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИХ ПАРТНЕРОВ В АДМИРАЛТЕЙСКОМ РАЙОНЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА 2023-2025 ГГ.

Новикас И.В.

*Женская консультация № 18,
Санкт-Петербург*

Цель работы. Провести эпидемиологическую оценку ситуации по обследованию на ВИЧ-инфекцию женщин, беременных женщин и их партнеров в Адмиралтейском районе г. Санкт-Петербурга за 2023 – 2025 гг.

Материалы и методы. Изучена статистическая отчетность заболеваемости ВИЧ-инфекцией за период 2023 – 2025 гг.

Результаты и обсуждение. В 2023 году было обследовано – 7290 женщин, из них 953 женщины, состоящие на учете по беременности, партнеров – 887 человек (положительный «ВИЧ-статус» имели 2 партнера). Первичных случаев заболевания у женщин выявлено не было. В анамнезе ВИЧ-инфекция была выявлена у 6 женщин и у двух партнеров. С установленным ранее диагнозом родили четверо женщин.

В 2024 году обследовано всего – 7930 человек, из них 929 женщины, состоящие на учете по беременности, партнеров – 871 человек (положительный «ВИЧ-статус» имело 4 партнера). Первичный случай заболевания был выявлен у одной женщины. В анамнезе ВИЧ-инфекция была выявлена у 2 женщин и у четырех партнеров. С установленным ранее диагнозом родили двое женщин.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

В 2025 году было обследовано – 9217 женщин, из них 918 женщины, состоящие на учете по беременности, партнеров – 887 человек (положительный «ВИЧ-статус» имело 5 партнеров). Первичных случаев заболевания у женщин выявлено не было. В анамнезе ВИЧ-инфекция была выявлена у 5 женщин и у двух партнеров. С установленным ранее диагнозом родили трое женщин.

Распространенность ВИЧ-инфекции в 2023 г. среди женщин, обследованных в Женской консультации № 18 составило 0,08%, в 2024 г. составило 0,03%, в 2025 году 0,05%.

Возраст заболевших ВИЧ-инфекций колебался от 37 до 58 лет.

Выводы. Несмотря на увеличение охвата обследованных женщин на ВИЧ-инфекцию, мы не увидели увеличения процента распространенности данного заболевания среди исследуемой когорты лиц. Но также стоит отметить, что с целью снижения заболеваемости в целом необходимо усиливать профилактическую работу, направленную на предупреждения возникновения данного заболевания, особенно в период подготовки к менопаузе, а также в период климакса. В связи с тем, что риски наступления беременности снижаются, женщины начинают пренебрегать использованием барьерных средств контрацепции при половом акте с непроверенным партнером.

НОВЫЕ УНИКАЛЬНЫЕ РЕКОМБИНАНТНЫЕ ФОРМЫ ВГ ВИЧ-1, РАСПРОСТРАНИВШИЕСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ

**Осадчая О.А., Лопатухин А.Э., Лаповок И.А., Баяндина С.В.,
Сыркина А.В., Киреев Д.Е.**

*Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

Молекулярно-генетический мониторинг – это слежение за популяционной структурой возбудителя инфекционных заболеваний с целью выявления изменений в геномах, идентификации и классификации различных генетических вариантов, а также оценки их патогенности и трансмиссивности.

Для оценки эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо следить за динамикой распространения различных генетических вариантов вируса, что позволяет не только охарактеризовать текущую ситуацию, но и проследить географическое происхождение генетического варианта, а также определить его роль в развитии эпидемии.

Цель. Провести углубленный анализ структуры генома новых рекомбинантных форм ВИЧ-1, выявленных на территории России.

Материалы и методы. Образцы плазмы крови были собраны на базе ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора с целью проведения анализа на лекарственную устойчивость ВИЧ-1 в период с 2012 по 2025 гг.

Для получения полногеномных нуклеотидных последовательностей ВИЧ-1 использовали тест-систему АмплиСенс HIV-Resist-NGS (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва), систему для секвенирования MiSeq (Illumina, США) и разработанный алгоритм обработки данных NGS. Поиск близкородственных последовательностей проводился с помощью инструмента HIV BLAST базы данных Los Alamos. Филогенетическое дерево было построено с помощью программы MEGA v.12.1 с



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

bootstrap 1000 на основе модели GRT+I+G. Для определения рекомбинантной структуры вирусов использовались программы RIP, jvHMM и RDP5 v.5.93.

Результаты и обсуждение. Были получены нуклеотидные последовательности ВИЧ-1 почти полноразмерного генома 8886 п.н. в образцах от 14 ВИЧ-позитивных пациентов. Близкородственные нуклеотидные последовательности из других стран и референсные последовательности из базы данных Los Alamos были объединены с 14 нами полученными последовательностями. Филогенетический анализ показал, что 14 последовательностей группировались отдельно от любого субтипа ВИЧ-1 или CRF и образовали отдельную монофилетическую ветвь с поддержкой bootstrap 100% с родственными последовательностями из стран Испании и Португалии, расположенных на Пинерейском полуострове на юго-западе Европы. Анализ показал, что полученные исследуемые последовательности имеют высокий показатель сходства с субтипом G и рекомбинантной формой CRF14_BG преимущественно распространенных в странах Испании и Португалии. Кроме этого, филогенетический анализ показал, что 14 исследуемых последовательностей образовали два отдельных кластера. Один кластер включал в себя 10 последовательностей, второй состоял из 4 нуклеотидных последовательностей.

Рекомбинантный анализ для 14 последовательностей показал, что два новых генетических варианта произошли в результате рекомбинации субтипа G и субтипа В ВИЧ-1. Геном 10 последовательностей первой рекомбинантной формы имел 4 точки разрыва: 2 фрагмента субтипа G и 2 фрагмента субтипа В. Геном 4 последовательностей второй рекомбинантной формы имел более сложную структуру и включал 11 точек разрыва: 5 фрагментов субтипа G и 6 фрагментов субтипа В, а также в геноме присутствовали первые 4 фрагмента из первой обнаруженной нами рекомбинантной формы BG, что говорит о вторичной рекомбинантной структуре. Выявленные рекомбинантные формы являются новыми и ранее не были описаны в литературе.

Выводы. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России продолжает претерпевать трансформации и генетический ландшафт продолжает усложняться, поэтому мониторинг распространения новых вариантов ВИЧ-1 имеет важное значение как для изучения эволюции вируса, так и эпидемического процесса.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Половинкина Т.А., Николаенко В.Л.

*Медико-санитарная часть № 78 ФСИН России,
Санкт-Петербург*

Введение. Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции представляет собой одну из наиболее сложных медико-социальных проблем, особенно в условиях учреждений уголовно-исполнительной системы, характеризующихся высокой распространенностью



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

инфекционных заболеваний и ограниченными возможностями обеспечения непрерывности медицинской помощи. Организационные особенности оказания помощи данной категории пациентов оказывают существенное влияние на эффективность лечения и эпидемиологическую ситуацию.

Цель. Выявить ключевые организационные проблемы оказания противотуберкулезной помощи у пациентов с ВИЧ-инфекцией в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Материалы и методы. Проведено документарно-аналитическое исследование с использованием системного и сравнительного анализа. Изучены нормативно-правовые документы, данные ведомственной статистики и обезличенные сведения о 342 пациентах с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, находившихся на лечении в 2019–2025 гг. В рамках исследования анализировались медико-организационные показатели, характеризующие различные аспекты оказания помощи: сроки диагностики туберкулеза; время от выявления до начала лечения; доступность специализированной помощи; полнота передачи медицинской информации при переводах; доля пациентов, выпадающих из наблюдения; наличие и соблюдение маршрутизации пациентов; завершенность курсов терапии; частота прерывания лечения; частота неблагоприятных исходов; доля выполненных лечебных мероприятий; случаи отказа или самовольного прекращения лечения; обеспеченность кадрами; наличие междисциплинарного взаимодействия; использование информационных систем.

Результаты. Анализ показателей доступности медицинской помощи показал, что средний интервал от появления клинических симптомов до постановки диагноза туберкулеза составил 7 – 9 дней. При этом у 72 пациентов сроки диагностики превышали 21 день, что свидетельствует о недостаточной эффективности раннего выявления. Дополнительные задержки отмечались и на этапе начала лечения: среднее время от установления диагноза до назначения специфической терапии составило 3 дня, однако у 35 пациентов этот интервал превышал 7 дней, что в большинстве случаев было связано с организационными причинами – переводами между учреждениями, необходимостью уточнения сопутствующих диагнозов и ожиданием консультаций профильных специалистов.

При анализе маршрутизации пациентов установлено, что при переводах между учреждениями уголовно-исполнительной системы неполная передача медицинской информации отмечалась в 54 случаях.

Согласно данным федерального регистра больных туберкулезом (ФРБТ) при освобождении пациентов доля лиц, не вставших на диспансерный учет в гражданском здравоохранении в течение первых 3 месяцев, составила 29,5 %. Это сопровождалось высоким уровнем прерывания лечения: в течение 6 месяцев после освобождения частота прерывания лечения достигла 37 %.

Оценка эффективности лечения показала, что полный курс терапии завершили 215 пациентов, тогда как у 68 пациентов лечение было прервано по организационным и поведенческим причинам. Неблагоприятные исходы (включая прогрессирование заболевания и летальные случаи) зарегистрированы у 49 пациентов.

Показатели приверженности лечению также продемонстрировали выраженные различия на различных этапах оказания помощи. В условиях учреждений уголовно-исполнительной системы доля выполненных лечебных назначений составила в среднем 74 %, тогда как после освобождения данный показатель снижался до 56 %.

Таким образом, снижение приверженности носило выраженный этапный характер и было тесно связано с отсутствием системного сопровождения пациентов.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Анализ междисциплинарного взаимодействия показал, что в 21 % случаев отсутствовал единый согласованный план ведения пациента с участием фтизиатра и инфекциониста. Это приводило к несогласованности терапевтических решений, в том числе в части сочетания противотуберкулезной и антиретровирусной терапии.

Оценка ресурсного обеспечения выявила дефицит профильных специалистов во многих учреждениях, а также ограниченные диагностические возможности, включая недостаточную доступность молекулярно-генетических методов исследования, что удлиняло сроки верификации диагноза и начала адекватной терапии.

Дополнительно установлено, что информационно-аналитическое обеспечение медицинской помощи остается недостаточно развитым: в 30 % случаев отсутствовала возможность оперативного мониторинга состояния пациента при переводах и на этапе освобождения. Отсутствие интеграции информационных систем между ведомственным и гражданским здравоохранением ограничивало управляемость медицинских процессов и затрудняло контроль за непрерывностью лечения.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ключевые проблемы оказания противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией в учреждениях уголовно-исполнительной системы имеют выраженный организационный характер и связаны с нарушением преемственности, недостаточной координацией медицинских служб, ограниченностью ресурсов и низкой управляемостью процессов. Совокупность указанных факторов приводит к снижению эффективности лечения и формирует предпосылки для дальнейшего распространения инфекции.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Ревизор А.О.¹, Пономарева О.А.¹, Плотникова Ю.К.¹, Наумова Е.С.¹,
Шулунов А.А.¹, Круглова Е.А.¹, Черкасов Н.Н.¹, Вершинин П.Е.¹,
Танхаева А.И.¹, Полякова П.А.¹, Пономарева Е.М.²

¹*Иркутский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Иркутск,*

²*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург*

Этиология рака шейки матки (CIN) в 100% случаев связана с персистенцией ВПЧ высокого онкогенного риска (ВПЧ ВКР). Папилломавирусная инфекция признана наиболее распространенным заболеванием, передающимся половым путем. Наличие ВИЧ-инфекции является отягощающим фактором, повышающим вероятность инфицирования ВПЧ и последующей малигнизации тканей шейки матки.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости и особенности ВПЧ-инфекции у ВИЧ-инфицированных женщин Иркутской области.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное поперечное исследование результатов молекулярного скрининга ВПЧ ВКР, выполненных на базе ГБУЗ «ИОЦ



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СПИД» с 2018 по 2024 годы. Всего было обследовано 834 женщины, из них: 783 ВИЧ-позитивны, а 51 имели отрицательный результат на ВИЧ.

Результаты. В ВИЧ-негативной группе пораженность ВПЧ ВКР составила 29,4% (15/51). Среди ВИЧ-инфицированных женщин ВПЧ ВКР обнаруживались в 2 раза чаще – в 57,6% случаев (451/783; $\chi^2=15,41$; $p<0,05$). Стадия ВИЧ и длительность ВИЧ-инфекции достоверно не повышали риск заражения ВПЧ ВКР. Однако такой риск был значительным при зафиксированном иммунодефицитном состоянии ($CD4^+<500$ клеток/мл) ($OШ=3,15$; $95\%ДИ=[2,35-4,24]$; $p<0,05$). Риск заражения ВПЧ ВКР достоверно снижался при приеме пациентами антиретровирусной терапии (АРТ) ($OШ=0,52$; $95\%ДИ=[0,37-0,72]$; $p<0,05$) и успешном подавлении вирусной нагрузки ВИЧ ($ВН<50$ копий/мл) ($OШ=0,52$; $95\%ДИ=[0,33-0,8]$; $p<0,05$). Среди ВИЧ-негативных пациентов, инфицированных ВПЧ, преобладали варианты с одним генотипом ВПЧ ВКР (моноинфекция) (5/15; 33,3%). В выборке ВИЧ+ женщин напротив преобладали микст-варианты (259/451; 57,4%), и представлены они были значительно более широким спектром (8 вариантов, сочетающих от 2х до 11 генотипов). Сравнительный анализ ВИЧ+ пациентов с моноинфекцией и микст-вариантами ВПЧ ВКР показал, что 4-я стадия ВИЧ ($\chi^2=8,53$; $p<0,05$) и снижение $CD4^+$ ниже 500 клеток/мл ($OШ=0,57$; $95\%ДИ=[0,39-0,85]$; $p<0,05$) достоверно повышают риск заражения сразу несколькими генотипами ВПЧ ВКР. Также нами показано, что наличие микст-инфекции у ВИЧ+ пациентов повышает риск формирования CIN ($OШ=1,6$; $95\%ДИ=[1,08-2,38]$; $p<0,05$). Прием АРТ и ее успех не влияли на одновременное заражение несколькими генотипами ВПЧ ВКР. Вклад микст-вариантов в формирование CIN у ВИЧ+ пациентов растет в зависимости от количества выявленных генотипов (от 40,9% при >2 генотипов и до 50% при >7 генотипов).

Выводы или заключение. Для пациентов, живущих с ВИЧ, более актуально применение широкой диагностической генотиповой панели ВПЧ ВКР, так как: 1. У ВИЧ-позитивных женщин обнаруживается широкий спектр генотипов ВПЧ ВКР; 2. Обнаруженные генотипы вносят относительно равный вклад в формирование CIN; 3. У ВИЧ+ женщин отмечается более высокая частота встречаемости микст-вариантов ВПЧ ВКР; 4. Наблюдается рост вклада в формирование CIN число генотипов в микст-варианте ВПЧ ВКР.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ

Селин И.И.¹, Хохлова З.А.^{1,2}

¹Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово,

²Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал
Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования,
Новокузнецк

Цель. Оценить многолетнюю динамику числа пациентов с ВИЧ-инфекцией, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ), и ее эффективность.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный описательный анализ агрегированных данных годовых форм федерального статистического наблюдения № 61 за 2015-2025 гг. Единицей анализа был годовой показатель, а не индивидуальная запись пациента. В динамике 2015-2025 гг. оценивали число получавших АРВТ; в 2016-2025 гг.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

– число и долю пациентов с вирусной нагрузкой ниже порога определения среди получавших АРВТ. В унифицированном блоке формы за 2020-2025 гг. дополнительно анализировали получение АРВТ не менее 12 месяцев, получение АРВТ пациентами с впервые установленным диагнозом и распределение по уровню CD4. Показатели между редакциями формы сопоставляли только при совпадении их смысла. Результаты представлены абсолютными значениями, отношениями n/N , процентами и изменением долей в процентных пунктах; интерполяция и проверка статистических гипотез не применялись. Государственный доклад Роспотребнадзора за 2025 г. использован только для внешнего сопоставления и не объединялся с региональной формой № 61.

Результаты и обсуждение. Число пациентов, получавших АРВТ, последовательно увеличилось с 6 636 в 2015 г. до 35 918 в 2025 г. (+29 282; +441,3%; в 5,4 раза). Число пациентов с вирусной нагрузкой ниже порога определения лабораторного метода возросло с 6 135 в 2016 г. до 28 734 в 2025 г. (в 4,7 раза), однако их доля среди получавших АРВТ изменилась умеренно: с 6 135/8 094 (75,8%) до 28 734/35 918 (80,0%; +4,2 п.п.). Доля изменялась неравномерно: 80,6% в 2017 г., 69,4% в 2020 г. и 71,9% в 2022 г.

По данным Государственного доклада Роспотребнадзора за 2025 г., заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Кемеровской области – Кузбассе составляла 62,7, а пораженность – 2 039,2 на 100 тыс. населения против 31,23 и 843,2 на 100 тыс. соответственно в Российской Федерации. В 2020-2025 гг. доля получавших АРВТ не менее 12 месяцев увеличилась с 19 788/25 101 (78,8%) до 33 503/35 918 (93,3%; +14,5 п.п.), а доля получавших АРВТ среди пациентов с впервые установленным диагнозом – с 1 627/3 135 (51,9%) до 1 554/1 569 (99,0%; +47,1 п.п.). Доля пациентов с CD4 более 350 клеток/мкл увеличилась с 18 168/25 101 (72,4%) до 27 824/35 918 (77,5%; +5,1 п.п.), а с CD4 менее 200 клеток/мкл снизилась с 3 195/25 101 (12,7%) до 3 550/35 918 (9,9%; -2,8 п.п.). Таким образом, расширение АРВТ сопровождалось ростом длительности терапии и более благоприятной иммунологической структурой. Для сравнения с данными по Российской Федерации: в Государственном докладе доля подавленной вирусной нагрузки среди получавших терапию в 2025 г. составила 77,9%. Региональный показатель 80,0% был близок к федеральному, однако прямое ранжирование ограничено возможными различиями определений.

Выводы. 1. В 2015-2025 гг. число пациентов, получавших АРВТ, увеличилось в 5,4 раза. 2. В 2020-2025 гг. доли длительной АРВТ и получения терапии пациентами с впервые установленным диагнозом возросли соответственно на 14,5 и 47,1 п.п. 3. Доля пациентов с вирусной нагрузкой ниже порога в 2025 г. составила 80,0%; ее межгодовая неравномерность обосновывает необходимость дальнейшего мониторинга по единым определениям показателей.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ И СВЯЗЬ МАРКЕРОВ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Селин И.И., Пивовар О.И., Аракелян Л.Г., Шандрамайло А.М.

*Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово*

Структура заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией сложна и включает как оппортунистические инфекции, так и болезни, обусловленные коморбидностью. Вторичные

и сопутствующие заболевания взаимно отягощают и усугубляют течение болезни, а лабораторные показатели острой фазы воспаления помогают оценить тяжесть состояния и спрогнозировать исход госпитализации.

Цель. Оценить структуру вторичных и сопутствующих заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией и связь маркеров острой фазы воспаления с летальным исходом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ двух независимых выборок, сформированных по данным историй болезни за 2024 год на базе Кузбасской клинической инфекционной больницы г. Кемерово. В первой выборке структуру заболеваний оценивали в 343 эпизодах госпитализации. Записи с одинаковыми номером истории болезни и датой поступления относили к одному эпизоду; заболевание учитывали, если оно было зарегистрировано хотя бы в одной записи. В одном эпизоде могли сочетаться несколько заболеваний. Доли рассчитывали среди эпизодов с доступными данными. Лабораторную выборку составили 456 пациентов. Сравнение по исходу проведено у 449 пациентов: 354 выписанных и 95 умерших.

Количественные показатели представляли как Ме [Q1; Q3] и сравнивали критерием Манна-Уитни; для трех сравнений применяли поправку Бенджамини-Хохберга. Связь С-реактивного белка (СРБ), количества лейкоцитов, прокальцитонина с летальным исходом оценивали многофакторной логистической регрессией. Перед включением в модель значения СРБ логарифмировали по основанию 2. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$; после поправки – при $q < 0,05$

Результаты и обсуждение. Среди эпизодов госпитализации наиболее часто регистрировались сопутствующие вирусные гепатиты В и/или С – 198 из 334 (59,3%), бактериальная пневмония – 186 из 342 (54,4%), кандидоз – 182 из 343 (53,1%) и ВИЧ-энцефалопатия – 99 из 343 (28,9%). Менингоэнцефалит отмечен в 53 из 343 эпизодов (15,5%), кахексия – в 45 из 343 (13,1%), диссеминированный туберкулез – в 38 из 343 (11,1%), пневмоцистная пневмония – в 37 из 343 (10,8%).

В лабораторной выборке летальный исход зарегистрирован у 95 из 449 пациентов (21,2%; 95% ДИ 17,6-25,2). У умерших медиана СРБ составила 44,50 [15,55; 117,50] против 15,60 [5,69; 47,00] у выписанных пациентов ($n=442$; $q < 0,001$); количество лейкоцитов – 5,30 [3,48; 8,15] против 4,70 [3,20; 6,80] ($n=442$; $q=0,031$), прокальцитонина – 2,10 [0,36; 4,34] против 0,25 [0,12; 0,60] ($n=124$; $q < 0,001$). В многофакторную модель включены 435 пациентов, из них 92 умерших. Таким образом, уровень СРБ был вдвое выше в группе умерших, чем в группе сравнения, что статистически связано с увеличением шансов летального исхода на 32% (ОШ 1,32; 95% ДИ 1,17-1,50; $p < 0,001$), а увеличение количества лейкоцитов на одну единицу с увеличением шанса неблагоприятного исхода на 7% (ОШ 1,07; 95% ДИ 1,01-1,14; $p=0,022$). Данные о прокальцитонине отсутствовали у 325 из 449 пациентов (72,4%), поэтому различие следует интерпретировать с осторожностью.

Выводы. Среди эпизодов госпитализации чаще всего регистрировались вирусные гепатиты В и С, бактериальная пневмония и кандидоз ротоглотки. В лабораторной выборке медианы СРБ, количества лейкоцитов и прокальцитонина у умерших были выше, чем у выписанных. В многофакторной модели связь с летальным исходом сохранялась для СРБ и количества лейкоцитов. Оценка маркеров системного воспаления может помочь лечащему врачу в стратификации риска и более целенаправленном ведении пациента с ВИЧ-инфекцией.



КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011–2024 ГОДЫ

Ситников И.В., Пузачева Е.М., Морозова Н.А., Быхалов Л.С.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Введение. Злокачественные новообразования (ЗНО) занимают значительное место в структуре коморбидной патологии у пациентов с ВИЧ-инфекцией [1]. Согласно классификации Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC, 1993), их подразделяют на СПИД-ассоциированные (САО) и СПИД-неассоциированные опухоли (СНАО). В Волгоградской области имеются данные о структуре онкологической заболеваемости среди ВИЧ-инфицированных [2]. Вместе с тем в данной когорте важное место принадлежит лимфопролиферативным заболеваниям (ЛПЗ) [3]. Изучение клинико-морфологических особенностей указанных состояний необходимо для оптимизации их диагностики и лечения.

Цель исследования. Охарактеризовать долю, структуру и гистологические варианты лимфопролиферативных заболеваний в общей когорте ВИЧ-инфицированных пациентов с онкологическими заболеваниями в Волгоградской области за период 2011–2024 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 148 случаев коморбидной патологии (ВИЧ-инфекция + новообразование). Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден методом ИФА. Лимфопролиферативные заболевания верифицированы гистологическим и иммуногистохимическим (ИГХ) методами.

Результаты и обсуждение. В общей когорте из 148 пациентов с ВИЧ и новообразованиями злокачественные новообразования выявлены у 109 человек. Доля лимфопролиферативных заболеваний в структуре верифицированных ЗНО составила 14,7% (16 случаев). Медианный возраст пациентов с лимфомами – 41 год. Лимфома Ходжкина диагностирована в 8,3% случаев (9 пациентов) от общего числа ЗНО. Гистологические варианты представлены классическими формами: нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант, а также нодулярная лимфома Ходжкина с лимфоидным преобладанием. Неходжкинские лимфомы (НХЛ) выявлены в 6,4% случаев (7 пациентов). Спектр гистологических вариантов НХЛ включал агрессивные формы: диффузную В-крупноклеточную лимфому, плазмобластную лимфому, лимфому маргинальной зоны, а также лимфому Беркитта. При анализе в соответствии с классификацией CDC (1993 г.) все случаи неходжкинских лимфом (7 наблюдений) отнесены к СПИД-ассоциированным опухолям (САО). Лимфома Ходжкина (9 случаев), не входящая в перечень СПИД-индикаторных заболеваний, отнесена к группе СПИД-неассоциированных опухолей (СНАО).

Выводы. В Волгоградской области лимфомы составляют 14,7% в структуре злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных пациентов. Спектр представлен как агрессивными неходжкинскими лимфомами (САО), так и лимфомой Ходжкина (СНАО). Выявление плазмобластных лимфом и лимфом Беркитта подтверждает тяжесть иммунодефицита у данной когорты пациентов. Полученные данные обосновывают необходимость мультидисциплинарного подхода с участием патологоанатомов, онкологов



и инфекционистов – специалистов по ВИЧ-инфекции для своевременной диагностики и лечения этой категории больных.

Список литературы:

1. Jin F, Vajdic CM, Poynten IM, McGee-Avila JK, Castle PE, Grulich AE. Cancer risk in people living with HIV and solid organ transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2024;25(7):933-944. doi:10.1016/S1470-2045(24)00189-X
2. Головнов Н.Е., Быхалов Л.С., Смирнов А.В., Морозова Н.А., Иванов А.И., Гуров Д.Ю., Самусев Р.П., Замараев В.С. Особенности эпидемиологии и морфологическая характеристика онкологических заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией в Волгоградской области // *Волгоградский научно-медицинский журнал.* – 2024. – Т. 21. – №4. – С. 66-70. doi: 10.19163/2658-4514-2024-21-4-66-70
3. Berhan A., et al. HIV/AIDS Associated Lymphoma: Review. *Blood and Lymphatic Cancer: Targets and Therapy.* 2022;12:31-45.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ ЛИЦ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП РИСКА К ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБО ТЕСТОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**Склярская Е.Ю.¹, Супроненко П.В.¹, Чуйков А.Ю.¹,
Сасаров А.В.², Петрова А.В.²**

¹Филиал фонда «ЭЙДС Хелскаэ Фаундейшн» в России,
Санкт-Петербург,

²Благотворительный фонд «Томск-АнтиСПИД»,
Томск

Цель. Определить мотивы, побуждающие сексуальных партнеров лиц из ключевых групп риска к добровольному экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию. Данная категория граждан является уязвимой в отношении ВИЧ; установки, потребности, мотивация этой группы к прохождению тестирования изучены недостаточно широко; их исследование позволит увеличить охват тестирования и выявляемость новых случаев ВИЧ-инфекции в данной группе.

Методы. Анкетирование сексуальных партнеров в рамках программы экспресс-тестирования на ВИЧ в Томской области Благотворительного фонда «Томск-АнтиСПИД» при поддержке филиала «ЭЙДС Хелскаэ Фаундейшн» в России. Критерии включения в исследование: возраст 18 лет и старше; половые партнеры, относящиеся к таким группам риска как потребители инъекционных и/или не инъекционных наркотических веществ, женщины, вовлеченные в оказание сексуальных услуг за деньги, мужчины, имеющие половые контакты с другими мужчинами; согласие на скрининг ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, сифилиса. Все участники получают до- и после-тестовое консультирование, комбинированное экспресс-тестирование, в случае положительного результата они направляются для получения помощи в профильные учреждения. Сроки проведения: март 2025г. и до достижения целевого значения выборки – 8 000 человек. Возмещение за участие не предусматривается.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Результаты. С 15.03.2025 по 07.08.2026 в исследовании приняли участие 8 000 человек, среди которых преобладают мужчины (65%). Средний возраст – 37 лет (возраст варьируется от 18 до 75). 49% участников отметили, что не сдавали до этого тест на ВИЧ, 47% – на гепатит В, 47% – на гепатит С, 50% – на сифилис. За указанный период антитела к ВИЧ (HIV 1/2) выявлены у 461 человека (8%), антигены вируса гепатита В (HBsAg) – 251 (3%), антитела к вирусу гепатита С (HCV) – 911 (11%), антитела к возбудителю сифилиса (TP) – 329 (4%).

Большинство опрошенных (80%) были заинтересованы пройти тестирование на все 4 инфекции, 8% хотели протестироваться в первую очередь на ВИЧ, 1% – на сифилис, 11% – затруднились ответить. Мотивация для прохождения тестирования чаще всего связывалась с рискованной ситуацией в прошлом (65%), но также указывалось стремление получить развернутую консультацию/психологическую поддержку (17%), проверить результат предыдущего теста (9%), получить бесплатные презервативы/вознаграждение (5%). Беспокойство о своем здоровье в связи с заболеванием (ВИЧ или гепатит В/С, или сифилис) у полового партнера как причину тестирования в общей сложности отметили 4% опрошенных. 77% участников предпочли бы пройти тестирование на мобильном пункте, 20% – в офисе НКО, 3% – в частной клинике, единично – в государственном учреждении. При оценке факторов, влияющих на прохождение экспресс-тестирования, ключевыми можно назвать: анонимность (81%), бесплатность (60%), возможность получить развернутую консультацию/поддержку (67%), непредвзятое отношение/понимание со стороны сотрудников (59%).

Выводы. Полученные результаты показывают, что для исследуемой группы населения, анонимность, возможность проконсультироваться и получить психологическую поддержку, непредвзятое отношение подвигают к тестированию в большей степени, чем материальные стимулы (презервативы, наборы, другие виды вознаграждений). Мобильный пункт является наиболее комфортной площадкой для получения услуг по тестированию. Возможность скрининга на дополнительные инфекции (гепатиты В/С, сифилис) не является движущим фактором, побуждающим к тестированию на ВИЧ. Исследование подтверждает важную роль СО НКО в оказании услуг в сфере ВИЧ для уязвимых групп населения.

ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2025 Г.

Соколова Е.В., Ладная Н.Н.

*Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

Цель. Изучить полноту охвата антиретровирусной терапией (АРТ) и исследованиями по ее контролю среди инфицированных ВИЧ в Российской Федерации.

Материалы и методы. Проанализированы данные ведомственной формы мониторинга Роспотребнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» за январь-декабрь 2025 г.



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Результаты. По данным ведомственной формы мониторинга Роспотребнадзора за январь-декабрь 2025 г. кумулятивное количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных российских граждан (включая ГУ ФСИН) составило 1 794 714 человек, из которых 50 710 были выявлены в отчетном году. Общее количество умерших на 31.12.2025 г. составило 568 566 человек, из которых 30 420 умерли в 2025 г. (что на 8,6% меньше по сравнению с 2024 г.). Одной из основных причин высокого уровня смертности россиян от ВИЧ-инфекции является то, что не все выявленные получают лечение, поскольку не все пациенты с лабораторными маркерами ВИЧ-инфекции были поставлены на диспансерный учет и внесены в Федеральный регистр больных ВИЧ-инфекцией, а именно это является условием получения современной бесплатной терапии. По данным ведомственной формы мониторинга в 2025 г. на диспансерном наблюдении состояло 882 602 инфицированных ВИЧ пациента (5,5% из них были впервые взяты на учет в 2025 г.), большинство из них (807 836) получали антиретровирусную терапию (АРТ) (7,7% из них взяты на АРТ впервые в 2025 г.). Охват АРТ составил 91,5% среди больных диспансерной группы и только 65,9% от общего числа людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Из числа получавших терапию в январе-декабре 2025 г. прервали ее 40 805 больных, при этом значительная часть (44,4%) по причине смерти.

824 931 ЛЖВ в 2025 г. прошли диспансерное обследование (93,5% от всех, состоявших на диспансерном наблюдении). Среди 800 483 ВИЧ-инфицированных, прошедших в 2025 г. исследование по определению вирусной нагрузки, у 629 185 (78,6%) она была подавлена (РНК ВИЧ менее 500 коп./мл). Прошли обследование по определению иммунного статуса в 2025 г. 787 900 больных (89,3% от числа состоявших на диспансерном наблюдении), среди них 20,8% имели выраженный иммунодефицит (уровень CD4⁺ лимфоцитов менее 350 кл/мкл). 87,7% ЛЖВ среди состоявших на диспансерном наблюдении, прошли обследование на туберкулез. Получали лечение туберкулеза 34 677 ЛЖВ в 2025 г.

Число ВИЧ-инфицированных российских граждан, нуждавшихся в АРТ по неотложным показаниям (уровень CD4⁺ лимфоцитов менее 350 кл/мкл, наличие вторичных заболеваний, беременность) в течение 2025 г. составило 325 815 человек (36,9% от состоявших под диспансерным наблюдением).

Значительная часть (28,1%) из обнаруженных при тестировании ЛЖВ, не встали на диспансерный учет или были утеряны из наблюдения.

За весь период наблюдения к 31.12.2025 г. в Российской Федерации родилось 285 942 живых ребенка от ВИЧ-инфицированных матерей, у 13 008 из них была подтверждена ВИЧ-инфекция (4,6%), в том числе у 188 в 2025 г. В 2025 г. в России родилось 8 469 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, из них у 71 (0,8%) была подтверждена ВИЧ-инфекция.

Выводы. Охват АРТ среди больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном наблюдении, в 2025 г. достиг высоких значений. Однако, охват ВИЧ-инфицированных специализированной медицинской помощью остается неполным, поскольку более четверти из обнаруженных при тестировании ЛЖВ не встали на диспансерный учет или были утеряны из наблюдения. Вирусная нагрузка более чем у трети всех диагностированных ЛЖВ не была подавлена.

САМООЦЕНКА ВОСПРИНИМАЕМОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Соколова Е.В.¹, Беляева В.В.¹, Козырина Н.В.¹, Голиусова М.Д.¹,
Куимова У.А.¹, Кулабухова Е.И.²

¹Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,

²Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва

В идентичных обстоятельствах люди могут демонстрировать радикально разные реакции на стресс. Высокий уровень воспринимаемого стресса может приводить к пропускам приема терапии ВИЧ-инфекции даже у клинически стабильных пациентов.

Цель. Скрининг самооценки уровня воспринимаемого стресса как одного из психологических факторов, ассоциированных с пропусками приема антиретровирусной терапии (АРТ), у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В 2025 г. во время планового визита опрошены 116 пациентов с ВИЧ. Мужчины составили 73%, женщины – 27%. Медиана возраста – 45 лет, стажа жизни с ВИЧ – 13 лет, длительности АРТ – 11 лет, уровня CD4+ лимфоцитов – 722 кл/мкл. Все пациенты получали АРТ, имели неопределяемую вирусную нагрузку. Уровень воспринимаемого стресса оценивался по шкале PSS-10. Так же оценивали пропуски АРТ за последний месяц и самооценку здоровья по 10-ти балльной визуально-аналоговой шкале. Результаты анализировали методами описательной статистики и корреляционного анализа.

Результаты. Низкий уровень воспринимаемого стресса имели 81,0% пациентов. Умеренный уровень стресса демонстрировали 18,1%, высокий – только 0,9% респондентов. По субшкале дистресса (напряженности) низкие значения психологического дискомфорта показали 76,7% опрошенных, высокая степень перенапряжения от воздействия стрессоров была только у 2,6%. По субшкале совладания (противодействия стрессу) высокий уровень совладания со стрессом (развитые навыки и механизмы преодоления сложных и кризисных жизненных обстоятельств) демонстрировали 69,8% пациентов, еще 28,4% имели средний уровень, только у 1,7% был низкий уровень противодействия стрессу, когда многие стрессовые события тяжело переносятся.

Медиана баллов самооценки здоровья составила 8 баллов [7; 9]. Низкую самооценку здоровья (5 и менее баллов) отмечали 13,9% респондентов, высокую (8 и более баллов) – 64,3%.

65,2% пациентов не пропускали прием АРТ, 23,5% за прошедший месяц допустили 1 пропуск терапии. Основной причиной пропусков АРТ являлась забывчивость, которую отмечали около 90% пациентов, допустивших пропуск приема терапии.

Корреляционный анализ выявил сильную положительную связь между напряженностью и воспринимаемым стрессом ($\rho=0,85$, $p < 0,001$), что говорит о том, что стресс переживается целостно и эмоциональные реакции напрямую формируются из субъективного восприятия ситуации.

Обнаружена слабая, но статистически значимая положительная связь между уровнем воспринимаемого стресса и частотой пропусков АРТ ($\rho=0,30$), что свидетельствует

о вкладе психоэмоциональных факторов в формирование риска нарушения приверженности даже у клинически стабильных пациентов.

Умеренная отрицательная корреляция была обнаружена между показателями самооценки здоровья и воспринимаемого стресса ($\rho = -0,54$, $p < 0,001$), показывающая, что чем хуже пациент оценивает свое здоровье, тем выше субъективный стресс.

Выводы. Даже при эффективной терапии ВИЧ-инфекции сохраняются психологические факторы риска неприверженности, а забывчивость выступает основной причиной пропусков АРТ. Проведение психологического скрининга представляется оправданным для раннего выявления пациентов группы риска по нарушениям приверженности и предупреждения потери вирусологического контроля, формирования лекарственной резистентности и дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции.

ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ВИЧ-1 У ПАЦИЕНТА МЕТОДОМ NGS ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНФЕКЦИИ

Сыркина А.В., Кириченко А.А., Киреев Д.Е.

*Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

ВИЧ-1 характеризуется высокой скоростью эволюции и формированием внутри организма-хозяина генетически неоднородной вирусной популяции (квазивидов). В процессе инфекции генетическое разнообразие ВИЧ-1 внутри организма-хозяина изменяется, что позволяет рассматривать его как потенциальный маркер длительности инфекции. Определение длительности ВИЧ-инфекции имеет важное значение для изучения динамики эпидемиологического процесса и реконструкции передачи вируса, однако ее установление на основании эпидемиологических данных часто затруднено. В связи с этим разработка молекулярно-генетических подходов к оценке длительности инфекции является актуальной задачей.

Развитие технологий массового параллельного секвенирования (NGS) позволило перейти от анализа консенсусных последовательностей к количественной оценке частот минорных вариантов и пониманию структуры вирусной популяции внутри организма. Это создает возможность применения различных методов оценки генетического разнообразия, которые отражают специфику молекулярной структуры квазивидов вируса внутри организма.

На сегодняшний день описано использование параметра среднего попарного разнообразия (average pairwise diversity, APD) для оценки неоднородности вирусной популяции и установления времени с момента инфицирования. Помимо этого, существуют работы, в которых для оценки генетического разнообразия применяются статистические методы, основанные на определении энтропии Шеннона, позволяющей рассчитать среднюю вероятность различия двух случайно выбранных вирусных геномов в составе популяции.

Целью работы является сравнение методов оценки генетического разнообразия региона pol ВИЧ-1 для определения длительности инфекции с использованием данных NGS.

В исследование были включены 11 образцов плазмы крови пациентов с известной длительностью инфекции на основании эпидемиологических данных. Секвенирование



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

выполняли на платформе Illumina MiSeq с использованием разработанного протокола полногеномного секвенирования ВИЧ-1. Для анализа был выбран регион pol (HXB2 2085-5096) ввиду его относительно высокой консервативности. В анализе учитывали позиции с глубиной покрытия не менее 100х, варианты с частотой менее 1% исключали из дальнейших расчетов для минимизации ошибок секвенирования.

Генетическое разнообразие внутри пациента оценивали на основе среднего попарного разнообразия (APD) и средней энтропии Шеннона, рассчитанных по одним и тем же позициям после применения аналогичных параметров фильтрации. Для обеих метрик строили линейную регрессию, относительно фактического времени, прошедшего с момента инфицирования. Качество моделей статистически оценивали по коэффициенту детерминации (R^2), средней абсолютной ошибке и медианной абсолютной ошибке оценки. Дополнительно рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона (r) между APD, энтропией Шеннона и фактической длительностью инфекции.

Сравнение двух методов показало сильную корреляцию ($r = 0,997$, $p < 0,001$), что свидетельствует о высокой согласованности оценки генетического разнообразия вируса обоими методами. При анализе зависимости от фактического времени с момента инфицирования обе метрики продемонстрировали выраженную положительную связь ($R^2 = 0,901$ и $R^2 = 0,866$ для APD и энтропии Шеннона соответственно).

Средняя абсолютная ошибка определения длительности инфекции составила 0,328 года (3,9 месяца) для модели на основе APD и 0,377 года (4,5 месяца) для модели, основанной на энтропии Шеннона. Значения медианной абсолютной ошибки составили 0,194 года (2,3 месяца) и 0,299 года (3,6 месяца) соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что энтропия Шеннона, как и APD, отражает степень генетического разнообразия ВИЧ-1 внутри организма-хозяина и потенциально может применяться для определения времени, прошедшего с момента инфицирования. Оба подхода демонстрируют высокую сходимость расчетной длительности инфекции с эпидемиологическими данными, однако в исследуемой выборке метод на основе APD показал несколько более высокую точность, по сравнению с методом, основанным на энтропии Шеннона. При этом, для подтверждения этого преимущества необходима валидация на выборке большего объема.

ОПЫТ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ И МОДЕРНИЗАЦИИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ НО «НОЦ СПИД»

Тихонова Е.В., Черешня Н.А., Смирнова М.А.

*Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Нижний Новгород*

Клинико-диагностическая лаборатория «Нижегородского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» осуществляет первичную диагностику ВИЧ-инфекции по г. Нижнему Новгороду и Нижегородской области, ведет мониторинг состояния здоровья диспансерных пациентов, получа-



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ющих лечение ВИЧ-инфекции, хронических гепатитов В и С, оппортунистических и СПИД-ассоциированных инфекций, а также проводит обязательные лабораторные исследования, в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

В 1989 году были проведены первые исследования на ВИЧ-инфекцию. С тех пор лаборатория прошла путь значительных преобразований и модернизации парка оборудования, что позволило внести весомый вклад в улучшение здоровья населения и противодействие распространению ВИЧ-инфекции.

2022 год ознаменовал начало этапа автоматизации и цифровизации лаборатории. Целью нашей работы являлась масштабная цифровизация и автоматизация лабораторных процессов и повышение эффективности функционирования лаборатории.

Источниками финансирования модернизации нашей лаборатории явились региональный бюджет и привлечение средств спонсоров.

За последние 3 года в лаборатории было введено в эксплуатацию более 75 единиц современного оборудования, в том числе:

- автоматизированная лабораторная система для обработки образцов MT 8000, Mindray, Китай
- автоматизированный комплекс для дозирования и выделения нуклеиновых кислот RbMag отечественного производства

Комплекс «RbMag» позволил автоматизировать сложные многоступенчатые ручные лабораторные операции, минимизировать человеческий фактор, повысить производительность труда персонала в лаборатории и высвободить сотрудников для проведения других этапов ПЦР-диагностики. За счет автоматизации метода сократилось время выдачи результата с 3 до 1 дня.

- генетический анализатор отечественного производства «Нанофор-05» отечественного производства.

В лаборатории проведены первые успешные исследования лекарственной устойчивости к различным группам препаратов: нуклеозидным и нуклеотидным ингибиторам обратной транскриптазы, протеазы и интегразы. Выявление вирусных мутаций, обуславливающих устойчивость вируса иммунодефицита человека к применяемым лекарственным средствам, крайне важно для разработки более эффективных схем лечения и предотвращения дальнейшего распространения резистентных штаммов.

Внедрение современных технологий автоматизации и цифровизации заставило нас задуматься о сокращении сроков получения результата и удобстве получения его пациентом. Для этого разработана лабораторная информационная система, адаптированная под оборудование. Эта система была успешно интегрирована с Единой Цифровой Платформой (ЕМИАС), что сформировало единый цифровой контур и оптимизировало все процессы.

Для обеспечения бесперебойной доставки биоматериала из отдаленных районов запущен пилотный проект по аэрологистике с помощью беспилотных летательных аппаратов. Результаты. В весенний период времени выполнено 10 полетных циклов, протяженностью до 20 км, доставлено более 2000 пробирок с кровью. Итогом стало сокращение более чем в 7 раз времени доставки биоматериала, а обратные рейсы были использованы для доставки медицинских препаратов. Преимуществами использования беспилотной аэрологистики являются: полет по кратчайшей траектории, предсказуемое



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

время доставки, возможность доставки из труднодоступных районов, сокращение время оборота исследований. Дальнейшее развитие проекта предполагает регулярные полеты по апробированным маршрутам из 7 точек Нижегородской области, постепенное включение в проект новых участников (14 Медицинских организаций) и масштабирование на все региональные медицинские организации.

Процесс автоматизации позволил централизовать и ускорить получение результатов, увеличить объем проводимых тестов.

В 2023 году было проведено 1402839 анализов, в 2025 году этот показатель вырос до 2063356. За сутки анализируется до 8000 образцов. Диагностическая мощность возросла в разы. Роботизированный конвейер позволил избежать расширения штата сотрудников и обеспечил полную автоматизацию процессов диагностики. Доля ложноположительных результатов серологического скрининга сведена к минимуму за счет исключения ручных методик и человеческого фактора.

Реализация проекта беспилотной аэрологистики – не просто локальное достижение, а стратегический шаг, открывающий перед областью широкие перспективы для развития и укрепления своих позиций на карте страны.

Мы не останавливаемся на достигнутом и планируем в дальнейшем внедрять другие высокотехнологичные решения, расширять и совершенствовать логистические пути, а также активно исследовать новые возможности для оптимизации процессов лабораторной диагностики и повышения качества медицинской помощи.

РАСПОЗНАВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ТИПИЧНЫХ И АТИПИЧНЫХ СЛУЧАЕВ

Харченко Г.А., Кимирилова О.Г.

*Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань*

Цель исследования. Выявить диагностические особенности и оценить эффективность терапевтических подходов при вирусных гепатитах у детей, провести сравнительный анализ клинических проявлений типичных и стертых форм заболевания с совершенствованием врачебной тактики.

Материалы и методы. Проанализированы данные 45 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет с верифицированным диагнозом вирусного гепатита (типы А, В, С). Все больные проходили лечение в ГБУЗ «ОИКБ им. А. М. Ничоги» г. Астрахань (2020–2024).

Диагностический алгоритм включал: сбор анамнеза и физикальное обследование; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, щелочная фосфатаза); ИФА (анти-HAV IgM, HBsAg, анти-HCV, анти-HBc IgM); ПЦР (РНК HAV, ДНК HBV, РНК HCV); УЗИ органов брюшной полости; статистическую обработку (SPSS, Excel) с использованием критерия χ^2 , t-критерия Стьюдента, описательной статистики.

Результаты. Распределение по этиологии: гепатит А – 24 пациента (53,3 %), гепатит В – 12 пациентов (26,7 %), гепатит С – 9 пациентов (20,0 %). Клинические формы: типичные (желтушные) – 32 пациента (71,1 %), атипичные (безжелтушные, стертые) – 13 пациентов (28,9 %)

Типичные формы (n=32): заболевание манифестировало остро: лихорадка 38,0–39,0°C (длительность 3,2±1,1 дня), слабость, анорексия, тошнота, рвота (у 78 %), боли в правом подреберье (у 84 %). Желтуха появлялась на 4,1±1,3 сутки от дебюта. Пик билирубина – 124,5±31,2 мкмоль/л (прямая фракция – 78–85 %). АЛТ повышалась в 7,8±2,4 раза от нормы, АСТ – в 5,2±1,9 раза. Все имели специфические маркеры (IgM к HAV – у 24, HBsAg+IgM anti-HBc – у 12, anti-HCV+РНК HCV – у 9).

Атипичные формы (n=13): желтуха отсутствовала у всех 13. Ведущие проявления: субфебрилитет (37,2–37,8°C) более 7 дней – у 10 (76,9 %), быстрая утомляемость, снижение успеваемости – у 11 (84,6 %), гепатомегалия (выступление печени на 2–4 см из-под реберной дуги) – у всех 13. У 3 пациентов диагноз выявлен при профилактическом осмотре. Уровень АЛТ – повышение в 2,1–4,5 раза (в среднем 3,2±0,9 раза), билирубин – в пределах нормы или незначительно повышен за счет непрямой фракции (до 21,3±5,4 мкмоль/л). Маркеры вирусов подтверждены ИФА и ПЦР.

Лечение и исходы: базисная терапия (всем): режим, диета №5, инфузии при интоксикации (глюкозо-солевые растворы – 38 пациентов), гепатопротекторы (урсодезоксихолевая кислота – 29 пациентов). Специфическая терапия: гепатит А – только симптоматическая (выздоровление – 100 %, сроки нормализации АЛТ – 21,4±4,2 дня). гепатит В (хронический – 2 пациента из 12, т.е. 16,7 %) – пегилированный интерферон α-2a (180 мкг/нед) + энтекавир (0,5 мг/сут) в течение 48 нед. У 1 из 2 – достигнут вирусологический ответ (HBsAg-негативация). Гепатит С – комбинированная терапия (софосбувир/велпатасвир 12 нед). Устойчивый вирусологический ответ (РНК HCV <15 МЕ/мл через 12 нед после лечения) достигнут у 8 из 9 (88,9 %).

Сравнение исходов по формам: средняя длительность госпитализации при типичной форме – 18,3±3,7 дня, при атипичной – 14,1±2,9 дня (p=0,04). Хронизация HBV отмечена только среди пациентов с атипичным дебютом (2 из 2 случаев), что подтверждает риск поздней диагностики.

Выводы.

1. Вирусные гепатиты у детей в условиях стационара в 71,1 % случаев протекают в классической желтушной форме; атипичные варианты (28,9 %) требуют повышенной настороженности, так как именно они ассоциированы с риском хронизации (p=0,03).

2. Ключевые предикторы атипичного течения: возраст <6 лет, отсутствие жалоб со стороны ЖКТ, изолированная гепатомегалия и субфебрилитет без желтухи.

3. Комплексная лабораторная диагностика (биохимия + ИФА + ПЦР) позволяет верифицировать диагноз даже при стертой симптоматике; чувствительность такого подхода составила 100 % в нашей когорте.

4. Раннее начало этиотропной терапии при ВГВ и ВГС (в первые 7 дней от верификации) улучшает вирусологический ответ: 88,9 % при ВГС против 66,7 % при позднем старте (>14 дней) – различия значимы (p=0,04).

5. Вакцинация против гепатитов А и В остается эффективной профилактической мерой.



ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

**Хоманов К.Э., Серебровская О.Л., Артюхов И.В., Буева В.В.,
Нагорняк Д.А., Неволин А.О., Тарноруцкая А.В.**

ООО «МИР»,

Москва

Цель. Изучить осведомленность врачей о ВИЧ.

Материалы и методы. В опросе 03-13.08.2026 в мобильном приложении «Справочник Врача» приняли участие 1385 врачей разных специальностей.

Результаты и обсуждение. Большинство (85,3%) опрошенных оказывали помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией, о боязни работать с ними заявили только 28,2%. Знают о случаях отказа коллег в оказании медпомощи пациенту из-за ВИЧ-инфекции 11,7% врачей. Стигматизацию ВИЧ-инфицированных в медицинском сообществе подтвердили 51,6%. По мнению докторов, наиболее предвзят в отношении лиц с ВИЧ средний (50,2%) и младший (32,3%) медперсонал, а также врачи (17,5%). 51,2% заявили, что от возраста медработника предвзятость не зависит. Причины стигматизации: недостаток знаний (34%), страх (29,4%), моральные установки (19,3%), переоценка риска заражения (17,3%). Регламент при аварийной ситуации с ВИЧ знают большинство врачей (81,4%). О необходимости единой всероссийской базы данных о ВИЧ-инфицированных с доступом для всех медработников высказались 78,7% врачей.

Путь заражения у пациентов связан с внутривенным употреблением наркотических средств (43,6%), половой (36,4%), вертикальный (3,1%), внутрибольничное инфицирование (1,1%), при аварийной ситуации (0,7%). Антиретровирусную терапию принимают 73,1% пациентов, сложностей с ее получением не имеют 69,5%. Из отмеченных трудностей: препараты заменили на аналоги (14,5%), выдаются на короткий период времени (9,5%), проблемы со сдачей анализов для контроля эффективности терапии (3,5%), пациентам сложно попасть на прием за рецептом (3%). Уровень асептики и антисептики в своем медучреждении врачи оценили как высокий (57,8%), средний (37,8%), низкий (4,4%). Оснащенность медучреждений: достаточно и одноразовых расходников, и экспресс-тестов на ВИЧ (36,8%), не хватает всего (28,7%), расходники в нужном количестве, экспресс-тестов мало (26,3%), расходников мало, экспресс-тесты в нужном количестве (8,2%). Уровень своих знаний о ВИЧ-инфекции врачи оценили как: средний (61,6%), высокий (31,7%), низкий (6,7%). Дополнительное обучение по вопросам ВИЧ хотели бы пройти 57,8% респондентов, по темам (вопрос с множественным выбором ответа): экстренная постконтактная профилактика (74%), юридический аспект работы с ВИЧ-инфицированными (70,1%), профилактика профессионального заражения (66,8%), современные схемы антиретровирусной терапии (63,5%), беременность и роды у женщин с ВИЧ (42,5%), ВИЧ-инфекция у детей и подростков (41,9%).

Выводы. Необходимо усиливать осведомленность медработников в отношении ВИЧ-инфекции, что позволит снизить уровень стигматизации ВИЧ-позитивных пациентов. Для снижения риска инфицирования при оказании медицинской помощи нужно обеспечить медучреждения необходимым количеством одноразовых расходных матери-

алов, экспресс-тестов на ВИЧ, а также повысить осведомленность о действиях в случае аварийной ситуации, что подтверждается ответами врачей, особенно в части причин стигматизации и желаемых тем обучения. Необходимы современные курсы повышения квалификации в области ВИЧ-инфекции, в открытом доступе для медработников.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ МАЗКОВ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Щеглов Б.О.¹, Щеглова С.Н.², Рева Г.В.¹

¹Дальневосточный федеральный университет,
Владивосток,

²Северо-Восточный государственный университет,
Магадан

Введение. ВИЧ-инфекция сопровождается вторичным иммунодефицитом, который может влиять на состояние слизистых оболочек и состав микробиоты урогенитального тракта. Цитологическое исследование мазков по Папаниколау не применяется для установления ВИЧ-статуса, однако способно выявлять сопутствующие микроскопические изменения, имеющие значение для комплексного лабораторного обследования и ведения пациенток. Анализ ассоциаций между ВИЧ-статусом и параметрами гинекологических мазков может способствовать выявлению групп риска воспалительных и инфекционных процессов.

Цель исследования. Оценить различия микроскопических параметров гинекологических мазков по Папаниколау у пациенток с различным ВИЧ-статусом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 372 мазков из зоны трансформации шейки матки, полученных в Центре лабораторной диагностики Медицинского центра Дальневосточного федерального университета в 2017–2020 гг. В исследование вошли 162 пациентки с ВИЧ-инфекцией и 210 пациенток без ВИЧ; средний возраст обследованных составил $33,84 \pm 12,98$ года. Оценивали возраст, наличие и количество слизи во влагалище и шейке матки, ключевых клеток, эритроцитов и трихомонад. Для статистической обработки применяли описательную статистику, t-критерий Стьюдента, критерии χ^2 и точный критерий Фишера. Для оценки силы ассоциаций рассчитывали отношения шансов (ОШ) и доверительные интервалы (ДИ).

Результаты. Средний возраст пациенток с ВИЧ составил 28,0 года [25,98; 30,02], без ВИЧ – 34,0 года [32,23; 35,77]; различия были статистически значимыми ($p=0,02$). Количество слизи в шейке матки у ВИЧ-положительных пациенток было выше, чем в группе без ВИЧ: 1,0 [0,87; 1,13] и 0,0 [0; 0,08] ед. в поле зрения соответственно ($p<0,001$). Различия по количеству слизи во влагалище, эритроцитов и ключевых клеток при сравнении средних значений не достигали статистической значимости ($p>0,05$).

При бинарной оценке признаков наличие слизи в шейке матки ассоциировалось с ВИЧ-инфекцией ($p<0,0001$; ОШ=3,0; 95% ДИ 1,4–4,7). Также выявлены ассоциации ВИЧ-статуса с обнаружением трихомонад ($p<0,0001$; ОШ в диапазоне 1,1–3,2) и наличием ключевых клеток ($p<0,0001$; ОШ=10,0; 95% ДИ 9,0–20,0).



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Обсуждение. Полученные результаты указывают на различия микроскопической картины гинекологических мазков у пациенток с ВИЧ-инфекцией. Наиболее устойчивой находкой стало увеличение цервикальной слизи и ее наличие при бинарной оценке. Это может отражать воспалительные изменения слизистой оболочки и нарушения локального иммунного ответа. Ассоциация с обнаружением трихомонад и ключевых клеток подтверждает необходимость своевременной диагностики и лечения сопутствующих инфекций урогенитального тракта у ВИЧ-положительных пациенток.

Выявленные признаки не являются специфичными для ВИЧ-инфекции и не могут использоваться в качестве самостоятельного метода ее диагностики. Ограничениями исследования являются ретроспективный дизайн, отсутствие данных о вирусной нагрузке, уровне CD4⁺ лимфоцитов, антиретровирусной терапии, ВПЧ-статусе и сопутствующих инфекциях.

Заключение. У пациенток с ВИЧ-инфекцией выявлено статистически значимое увеличение количества слизи в шейке матки, а также ассоциации ВИЧ-статуса с наличием цервикальной слизи, трихомонад и ключевых клеток. Микроскопическое исследование мазков по Папаниколау целесообразно рассматривать как дополнительный компонент комплексной лабораторной оценки состояния урогенитального тракта у пациенток с подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Для уточнения клинической значимости выявленных изменений требуются проспективные исследования с учетом иммунологического и вирусологического статуса пациенток.



АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Аббасова Е.И.	108
Алексеева О.И.	20
Алиева Ж.А.	22
Амирова Т.Х.	88
Андреева В.И.	89
Андреев Р.Н.	89
Андрейас С.В.	75
Аракелян Л.Г.	129
Арзаканян В.Г.	91
Артюхов И.В.	141

Б

Баваров О.А.	36, 41
Баяндина С.В.	91, 124
Белашов Е.А.	101
Беляева В.В.	4, 59, 92, 94, 95, 117, 135
Беседин А.Д.	41, 65
Бешимов А.Т.	88
Босенко А.А.	103
Будник О.А.	11
Буева В.В.	141
Буланьков Ю.И.	97, 98
Булыгин М.А.	97, 98
Быхалов Л.С.	105, 131

В

Вашукова М.А.	101
Веккер М.А.	88
Вершинин П.Е.	127
Ветров С.Ф.	89
Ветушко Д.А.	11
Вехова Е.В.	100, 112
Вирко В.А.	41
Власенко П.С.	101
Волова Л.Ю.	103, 104

Г

Гасич Е.Л.	119
Герескина Н.П.	100
Глинская Т.Н.	11
Голиусова М.Д.	4, 59, 94, 95, 135
Головнов Н.Е.	105
Горелова И.С.	108
Горичный В.А.	36
Горячева О.Г.	109
Грезина Л.А.	104
Грязнова А.С.	110

Д

Дмитраченко М.Н.	108
Добротворская Е.А.	112

Е

Ежелева М.И.	89
Емельянова А.Н.	45

З

Зубарев М.А.	109
--------------	-----

И

Иванникова Л.П.	97
Иванов В.С.	114, 115

К

Калинина Э.Н.	45
Калышенко А.М.	112
Калышенко Т.А.	112
Кашевник Т.И.	116



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Квятковский А.В.	108
Кимирилова О.Г.	17, 139
Киреев Д.Е.	91, 124, 136
Кириченко А.А.	136
Кобозева Н.Н.	20
Ковеленов А.Ю.	117
Козырина Н.В.	4, 59, 94, 95, 117, 135
Комчарова А.О.	75
Корнелюк Е.Д.	116
Корчагина Е.В.	20, 22
Косых А.В.	120
Круглова Е.А.	127
Кузнецова А.В.	122
Куимова У.А.	4, 59, 94, 95, 135
Кулабухова Е.И.	4, 59, 94, 95, 135

Л

Ладная Н.Н.	133
Лаповок И.А.	124
Латыпова Д.М.	122
Логинова О.П.	119
Лопатухин А.Э.	124
Лыгина Ю.А.	89

М

Маркушина А.В.	120
Мельник В.А.	89
Мисак О.Н.	122
Мольков Н.Ю.	25
Морозова Н.А.	105, 131
Музыкин М.И.	80
Мурашова Ю.А.	108

Н

Нагорняк Д.А.	141
Наумова Е.С.	127
Неволин А.О.	141
Ниаури Д.А.	71
Николаенко В.Л.	125
Новикас И.В.	123

О

Орлова Е.С.	97, 98
Осадчая О.А.	124

П

Парфёнова Е.Д.	120
Патяшина М.А.	88
Пелешок А.А.	36, 41
Петрова А.В.	132
Петрова Н.Н.	71
Пивовар О.И.	129
Плотникова Ю.К.	127
Позднякова Л.Л.	110
Покровская А.В.	45
Покровский В.В.	25
Половинкина Т.А.	125
Полякова П.А.	127
Пономарева Е.М.	127
Пономарева О.А.	127
Пономарев С.Б.	109
Попова А.А.	45
Пузачева Е.М.	131

Р

Рахимов Р.Р.	49
Рева Г.В.	142
Ревизор А.О.	127

С

Савина В.А.	36, 65
Садыкова Г.Б.	100
Сасаров А.В.	132
Селин И.И.	128, 129
Семена А.А.	56
Семена А.В.	56
Семикова С.Ю.	117
Серебровская О.Л.	141
Сечин А.А.	65
Сидоренко А.Д.	116



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Ситников И.В.	131
Ситник Т.Н.	75
Склярская Е.Ю.	132
Смирнов А.В.	105
Смирнова М.А.	137
Соколова Е.В.	4, 59, 94, 95, 117, 133, 135

Солодовникова В.В.	11
Стасюк Г.Е.	65
Суворова З.К.	45
Султанбекова Л.Н.	71
Султанова А.Н.	110
Супроненко П.В.	132
Суркова Л.К.	11
Сыркина А.В.	124, 136

Т

Танхаева А.И.	127
Тарноруцкая А.В.	141
Тихонова Е.В.	137
Тулинова И.А.	75

Ф

Фазылов В.Х.	88
--------------	----

Х

Ханов И.А.	80
Хаперсков А.В.	75
Харченко Г.А.	17, 139
Ховсепян Т.В.	91
Хоманов К.Э.	141
Хохлова З.А.	128

Ц

Цой А.К.	110
----------	-----

Ч

Черешня Н.А.	137
Черкасов Н.Н.	127
Чуйков А.Ю.	132

Ш

Шандрамайло А.М.	129
Шкляев А.Е.	109
Шулунов А.А.	127

Щ

Щеглова С.Н.	142
Щеглов Б.О.	142

Я

Янчук С.В.	108
Яцкевич Н.В.	11



СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: РОЛЬ ЗАБЫВЧИВОСТИ Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В., Куимова У.А., Голиусова М.Д., Кулабухова Е.И.	4
СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ФИБРОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Ветушко Д.А., Будник О.А., Солодовникова В.В., Яцкевич Н.В., Глинская Т.Н., Суркова Л.К.	11
ЭРАДИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В: ПРОГНОЗЫ НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ Кимирилова О.Г., Харченко Г.А.	17
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ: БАРЬЕРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ И СТИГМАТИЗАЦИЯ Корчагина Е.В., Алексеева О.И., Кобозева Н.Н.	20
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ Корчагина Е.В., Алиева Ж.А.	22
ИНТЕРНЕТ И ФАКТОРЫ РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ И ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В Г. МОСКВЕ Мольков Н.Ю., Покровский В.В.	25
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, И ИХ СЕМЕЙ: СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ Пелешок А.А., Баваров О.А., Савина В.А., Горичный В.А.	36



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ Пелешок А.А., Вирко В.А., Баваров О.А., Беседин А.Д.	41
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ О ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯХ Попова А.А., Суворова З.К., Калинина Э.Н., Емельянова А.Н., Покровская А.В.	45
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ВЫБОРЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ Рахимов Р.Р.	49
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2005 ПО 2022 ГОД Семена А.В., Семена А.А.	56
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОПУСКИ ПРИЕМА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМИ, ИНФИЦИРОВАННЫМИ ВИЧ Соколова Е.В., Беляева В.В., Козырина Н.В., Голиусова М.Д., Куимова У.А., Кулабухова Е.И.	59
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/НСV Стасюк Г.Е., Беседин А.Д., Савина В.А., Сечин А.А.	65
ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ ПРИЕМА ГЕРОИНА И ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ Султанбекова Л.Н., Ниаури Д.А., Петрова Н.Н.	71
УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ Тулинова И.А., Андрейас С.В., Ситник Т.Н., Хаперсков А.В., Комчарова А.О.	75



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИЕМА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ Ханов И.А., Музыкин М.И.	80
---	----

ТЕЗИСЫ

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОЧЕТАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2010–2024 ГГ. Амирова Т.Х., Веккер М.А., Фазылов В.Х., Патяшина М.А., Бешимов А.Т.	88
--	----

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА Андреев Р.Н., Ветров С.Ф., Мельник В.А., Ежелева М.И., Лыгина Ю.А., Андреева В.И.	89
---	----

МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИЧ-1 В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ Баяндина С.В., Киреев Д.Е., Арзаканян В.Г., Ховсепян Т.В.	91
--	----

АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ ТЕМАТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МАТЕРИАЛАХ XVIII КОНГРЕССА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ 2026 Г. Беляева В.В.	92
---	----

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРЯДКОВОГО РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В., Куимова У.А., Голиусова М.Д., Кулабухова Е.И.	94
---	----

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О СВОИХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ КАК ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР КОГНИТИВНОЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В КОНТРОЛЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Беляева В.В., Соколова Е.В., Козырина Н.В., Куимова У.А., Голиусова М.Д., Кулабухова Е.И.	95
--	----



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОГО СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ ХЛИА НА АНАЛИЗАТОРЕ СЕРИИ CL 6000I (MINDRAY KHP) Буланьков Ю.И., Иванникова Л.П., Орлова Е.С., Булыгин М.А.	97
НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВС РФ Буланьков Ю.И., Булыгин М.А., Орлова Е.С.	98
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ЛЖВ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ СО «ГП № 2 ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА Г. САМАРЫ») Вехова Е.В., Садыкова Г.Б., Герескина Н.П.	100
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ COVID-19 У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В 2023–2024 ГГ. (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Власенко П.С., Белашов Е.А., Вашукова М.А.	101
РАБОТА МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ – ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ АКТИВНОГО ПРИВЛЕЧЕНИЯ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ОТОРВАВШИХСЯ ОТ НАБЛЮДЕНИЯ Волова Л.Ю., Босенко А.А.	103
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ Волова Л.Ю., Грезина Л.А.	104
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Головнов Н.Е., Быхалов Л.С., Смирнов А.В., Морозова Н.А.	105
АВАРИЙНЫЕ СИТУАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ КАК ПРЕДИКТОР НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ Горелова И.С., Дмитраченко М.Н., Мурашова Ю.А., Квятковский А.В., Аббасова Е.И., Янчук С.В.	108



XI САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ШКАЛА ВИЧ-КФС – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Горячева О.Г., Пономарев С.Б., Зубарев М.А., Шкляев А.Е.	109
ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ НЕПРИВЕРЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И ДИАЛЕКТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ Грязнова А.С., Султанова А.Н., Позднякова Л.Л., Цой А.К.	110
АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЛЖВ, ВСТАВШИХ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ В 2026 ГОДУ Добротворская Е.А., Вехова Е.В., Калышенко А.М., Калышенко Т.А.	112
ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНА P24 И АНТИТЕЛ К ВИЧ 1/2 Иванов В.С.	114
ВЛИЯНИЕ МАТРИЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ГЕТЕРОФИЛЬНЫХ АНТИТЕЛ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ Иванов В.С.	115
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНА P24: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ Иванов В.С.	115
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМЕРШИХ ЛИЦ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С УЧЕТОМ ПОЛА Кашевник Т.И., Корнелюк Е.Д., Сидоренко А.Д.	116
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ О ПРИЧИНАХ ПРОПУСКОВ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРАКТИКЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ Козырина Н.В., Беляева В.В., Соколова Е.В., Семикова С.Ю., Ковеленов А.Ю.	117



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ Логинова О.П., Гасич Е.Л.	119
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ВИЧ: ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ И НЕОБХОДИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА Маркушина А.В., Парфёнова Е.Д., Косых А.В.	120
ФЕНОМЕН ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВ ТЕРАПИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ КРАЕВОГО ЦЕНТРА «АНТИ-СПИД» Г. ХАБАРОВСК Мисак О.Н., Латыпова Д.М., Кузнецова А.В.	122
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЖЕНЩИН, В ТОМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИХ ПАРТНЕРОВ В АДМИРАЛТЕЙСКОМ РАЙОНЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА 2023-2025 ГГ. Новикас И.В.	123
НОВЫЕ УНИКАЛЬНЫЕ РЕКОМБИНАНТНЫЕ ФОРМЫ ВГ ВИЧ-1, РАСПРОСТРАНИВШИЕСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ Осадчая О.А., Лопатухин А.Э., Лаповок И.А., Баяндина С.В., Сыркина А.В., Киреев Д.Е.	124
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Половинкина Т.А., Николаенко В.Л.	125
ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ Ревизор А.О., Пономарева О.А., Плотникова Ю.К., Наумова Е.С., Шулунов А.А., Круглова Е.А., Черкасов Н.Н., Вершинин П.Е., Танхаева А.И., Полякова П.А., Пономарева Е.М.	127
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ Селин И.И., Хохлова З.А.	128



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ И СВЯЗЬ МАРКЕРОВ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ Селин И.И., Пивовар О.И., Аракелян Л.Г., Шандрамайло А.М.	129
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011–2024 ГОДЫ Ситников И.В., Пузачева Е.М., Морозова Н.А., Быхалов Л.С.	131
ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ ЛИЦ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП РИСКА К ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБО ТЕСТОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ Склярская Е.Ю., Супроненко П.В., Чуйков А.Ю., Сасаров А.В., Петрова А.В.	132
ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2025 Г. Соколова Е.В., Ладная Н.Н.	133
САМООЦЕНКА ВОСПРИНИМАЕМОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ Соколова Е.В., Беляева В.В., Козырина Н.В., Голиусова М.Д., Куимова У.А., Кулабухова Е.И.	135
ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ВИЧ-1 У ПАЦИЕНТА МЕТОДОМ NGS ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНФЕКЦИИ Сыркина А.В., Кириченко А.А., Киреев Д.Е.	136
ОПЫТ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ И МОДЕРНИЗАЦИИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ НО «НОЦ СПИД» Тихонова Е.В., Черешня Н.А., Смирнова М.А.	137
РАСПОЗНАВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ТИПИЧНЫХ И АТИПИЧНЫХ СЛУЧАЕВ Харченко Г.А., Кимирилова О.Г.	139



ХІ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Хоманов К.Э., Серебровская О.Л., Артюхов И.В., Буева В.В.,
Нагорняк Д.А., Неволин А.О., Тарноруцкая А.В. 141

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ МАЗКОВ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Щеглов Б.О., Щеглова С.Н., Рева Г.В. 142

Научное издание

**XI Санкт-Петербургский форум по ВИЧ-инфекции
с международным участием**

ISBN 978-5-6040648-8-7

Технические редакторы:
Гаврилова М.Ю., Сухотько В.Д.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

Подписано в печать 21.09.2026
Формат 60х90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 400 экз.