

Юрий Саранков

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ  
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) СРЕДИ  
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ:  
ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.  
ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ



Контактная информация:  
«СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW)  
Россия, Москва, 125047  
ул. Чайнова, 15/5

 AIDS Foundation East-West  
СПИД Фонд Восток-Запад

## ВВЕДЕНИЕ

---

В странах Центральной и Восточной Европы, а также в странах Азии потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют наиболее пораженную эпидемией ВИЧ/СПИДа социальную группу. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у ПИН представляет собой серьезную проблему для здравоохранения. Согласно исследованиям, показатель смертности от СПИДа среди людей, употребляющих наркотики, выше, чем среди других категорий ВИЧ-инфицированных, не говоря уже о неинфицированных людях (риск смерти среди ВИЧ-инфицированных ПИН в четыре раза выше, чем в группе неинфицированных лиц того же возраста и пола [1]). Доступность лечения антиретровирусными препаратами для людей, живущих с ВИЧ, остается острой проблемой во всем мире. Там, где пациенты получают высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), основная проблема заключается в эффективности лечения, которое напрямую зависит от соблюдения режима приема препаратов (приверженности<sup>1</sup>) — медицинского аспекта, на который оказывают влияние многие факторы. В данном обзоре предпринята попытка проанализировать наиболее успешные программы вмешательств, направленные в первую очередь на повышение приверженности лечению среди ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих инъекционные наркотики.

---

<sup>1</sup> «Лекарственная приверженность определяется как способность человека, живущего с ВИЧ/СПИДом, участвовать в выборе и начале терапии, умении справляться и следовать конкретному лечебному режиму для того, чтобы держать контроль над репликацией вируса (ВИЧ) и улучшать функционирование иммунной системы» (Jani A.A. Adherence to HIV treatment regimens: recommendations for best practices. Available at: [http://www.alpha.org/ppp/hiv/Best\\_Practices.pdf](http://www.alpha.org/ppp/hiv/Best_Practices.pdf)).

## ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Внедрение ВААРТ в середине 90-х годов привело к значительному снижению смертности, ассоциированной со СПИДом. Терапия при ВИЧ-инфекции носит пожизненный характер, но позволяет предотвратить прогрессирование болезни и тем самым существенно повысить качество жизни. Важную роль в эффективности терапии играют адекватность и выполнимость лечебного режима, обеспечивающие возможность его соблюдения. Нарушение режима чревато формированием лекарственной резистенции, то есть появлением лекарственно устойчивых штаммов вируса, что может привести к прогрессированию болезни. Для того чтобы успешно подавить вирусную нагрузку, повысить количество CD4 и улучшить клиническое состояние пациента<sup>2</sup>, процентный показатель принятых доз антиретровирусных препаратов (приверженность) должен быть не менее 90% [2] (см. Приложение 1. Стратегии оценки приверженности ВААРТ). К сожалению, до 25% пациентов прекращают принимать терапию по причине ее неэффективности (невозможности подавить репликацию вируса ниже современной границы определения — 50 копий/мл), токсических эффектов или нарушений режима в первые восемь месяцев терапии [3]. Существует целый ряд факторов, оказывающих негативное влияние на соблюдение режима. Условно их можно разделить на три большие группы по принципу превалирования одного из аспектов: медицинские препараты и их эффекты; пациенты, которым назначаются препараты; внешняя среда или окружение, которые способствуют или препятствуют соблюдению режима терапии.



<sup>2</sup> Как эффективность, так и несостоятельность терапии с помощью антиретровирусных препаратов (ВААРТ) определяется тремя показателями: вирусологическим (повышение или снижение вирусной нагрузки), иммунологическим (повышение или снижение количества CD4) и клиническим (улучшение клинического состояния при наличии СПИД-индикаторных заболеваний). Эффективность лечения через вирусологический показатель характеризует снижение вирусной нагрузки ниже определяемого уровня — 50 копий/мл. Эффективность иммунологического лечения определяется через повышение количества CD4 на 50, 100 или 200 клеток/мл или повышение общего показателя до 200 клеток/мл и выше (HIV Medicine 2003 by Albrecht, Hoffmann and Kamps (Editors), www.hivmedicine.com).

## ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Прием антиретровирусных препаратов часто вызывает побочные эффекты. В первые месяцы в основном отмечаются симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в животе, тошнота, рвота, диарея, метеоризм, констипация (запор). Помимо нарушения привычного уклада жизни желудочно-кишечные расстройства могут привести к метаболическим нарушениям: дегидратации, плохой всасываемости питательных веществ с последующей потерей веса. В исследовании ученых из Амстердама Е. Виттевейна и Е. Дж. ван Амайедена по выявлению факторов, способствующих или препятствующих приверженности терапии среди ПИН, приведены семнадцать побочных эффектов терапии [4]. Наиболее часто встречаются диарея (по словам респондентов, может продолжаться неделями), тошнота, рвота, потеря аппетита. Побочные эффекты терапии диагностируются и со стороны других систем: центральной нервной системы (до 40% пациентов, принимающих эфавиренц, жалуются на головокружение, бессонницу и ночные кошмары), нервной системы (периферическая нейропатия при приеме зальцитабина, диданозина и ставудина), почек (до 20% пациентов, принимающих индинавир, испытывают боли в пояснице и нижних



отделах живота с иррадиацией в паховую область). Не исключены гепатотоксические реакции — независимо от класса препаратов (2–18% случаев), изменения в клетках крови (у 5–10% пациентов, принимающих зидовудин, развивается анемия), аллергические реакции (у 15–20% пациентов, принимающих невирапин, может появиться легкая сыпь, из-за которой 7% прекращают лечение), панкреатит, остеопороз, липодистрофия, сахарный диабет и другие осложнения [5]. В представлении пациентов текущие и предполагаемые осложнения, вызван-

ные употреблением антиретровирусных препаратов, могут перевесить воспринимаемую в перспективе пользу от терапии. Это зачастую является причиной отказа от продолжения лечения или лечения вообще.

## ПАЦИЕНТ

В контексте лечения важную роль играет пациент, его настрой, мотивация, личностные характеристики и образ жизни<sup>3</sup>. Например, религиозные верования относительно заболевания и его лечения могут сказаться на мотивации и приверженности; прием медицинских препаратов может способствовать легализации статуса; бедность может не позволить человеку приобретать те продукты, которые необходимы для соблюдения диеты; употребление алкоголя и наркотиков — негативно сказаться на способности принимать осознанные решения и следовать режиму терапии; отсутствие крепких семейных связей может привести к изоляции; низкая самооценка и самозффективность — не позволить уделять должное внимание вопросам сохранения здоровья; отсутствие веры в успех лечения и боязнь побочных эффектов может снизить мотивацию на получение медицинской помощи [6]. Во многих странах лечение ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков остается нерешенной медицинской проблемой. Помимо зависимости от опиатов, стимуляторов, алкоголя или других наркотиков, у данной группы населения часто диагностируется ряд других психиатрических расстройств<sup>4</sup>: депрессия, тревожные состояния, антисоциальное расстройство личности и нарушение сна<sup>5</sup> [7–10]. Многие потребители наркотиков в силу разных причин не имеют постоянной работы/места проживания и часто подвергаются риску быть арестованными. Все перечисленные факторы значительно повышают риск нарушения лечебного режима при высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и создают препятствия к базисным медицинским услугам. Образ жизни ПИН характеризуется

<sup>3</sup> Взгляды на антиретровирусную терапию и психосоциальные характеристики ВИЧ-инфицированных людей, которые ранее не принимали терапию, могут оказывать влияние на приверженность лечению. В рамках мультицентрового исследования (AIDS Clinical Trial Group 384) было опрошено 980 пациентов. 56% респондентов были «абсолютно уверены» в собственных способностях принимать все препараты «так, как назначено»; 48% были «абсолютно уверены» в том, что несоблюдение режима (низкая приверженность) приведет к формированию резистентных штаммов вируса; всего лишь 37% были уверены, что антиретровирусная терапия окажется полезной для их здоровья. Менее позитивные представления относительно антиретровирусной терапии были ассоциированы с повышенным уровнем стресса и депрессией. Более позитивные представления об антиретровирусной терапии были ассоциированы с лучшими показателями по шкале восприятия состояния здоровья, функционального здоровья, социально-эмоционально-когнитивного функционирования, наличием социальной поддержки, более молодым возрастом и более высоким уровнем образования. Наиболее часто упоминаемые причины плохой приверженности лечению: «Просто забыл» (33%), «Был не дома» (27%) и «Был занят» (26%). В целом мультицентровое исследование показало, что такие персональные и ситуационные факторы, как депрессия, стресс и более низкий уровень образования, ассоциируются со слабой уверенностью относительно потенциальной эффективности антиретровирусной терапии и собственных способностей быть приверженным лечению (Reynolds N.R., Testa M.A., Marc L.G., Chesney M.A., Neidig J.L., Smith S.R., Vella S., Robbins G.K. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study, *AIDS Behav.*, 2004. Jun. 8(2):141–50).

<sup>4</sup> Крупномасштабное исследование в США (1990), проведенное Национальным институтом психического здоровья, показало, что у 72% людей с диагнозом наркомания встречается по крайней мере одно сопутствующее психиатрическое расстройство (Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264:2511–2518, 1990).

укладом, который может формироваться годами. Сложный график приема антиретровирусных препаратов разрушает его. Более того, он отвлекает потребителя наркотиков от решения его повседневных проблем (зачастую связанных с поиском наркотика или денег на его приобретение). Данные особенности ситуации необходимо принимать во внимание при работе с наркозависимыми людьми.

Результаты многих исследований демонстрируют низкий охват АРВ-терапией популяции ПИН и более низкую приверженность активных ПИН АРВ-терапии (в сравнении с другими категориями пациентов: бывшие ПИН, МСМ, люди, инфицированные половым путем и не употребляющие наркотиков, дети).

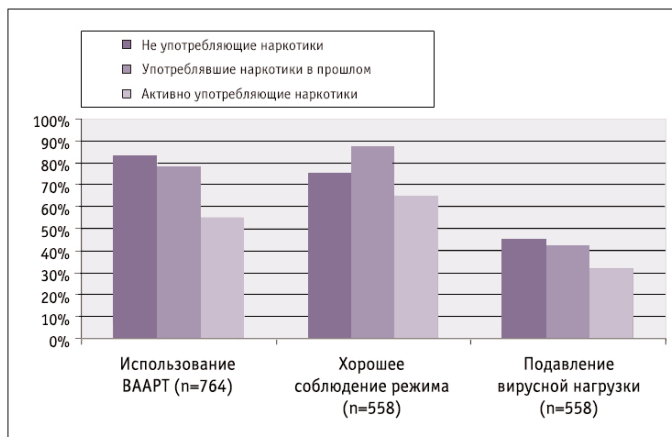
В исследовании MANIF [11] приняли участие 210 пациентов, из которых 114 прекратили употребление наркотиков и находились в программе заместительной терапии метадонном, а 96 человек продолжали употреблять опиаты. Было отмечено, что бывшие потребители наркотиков сообщили о нарушении режима терапии в 96 случаях из 384 визитов к врачу (25%), в то время как активные ПИН сообщили о нарушении режима в 111 случаях из 308 визитов к врачу (36%). Результаты показали, что единственным фактором, способствующим нарушению режима терапии среди бывших ПИН, является нестабильное социальное положение, а плохая приверженность среди активных ПИН четко ассоциирована с отсутствием стабильных отношений, активным употреблением наркотиков и депрессией.

Исследование в Британской Колумбии, Канада, проводившееся с августа 1996 года по декабрь 2000-го, было направлено на изучение иммунологического ответа у ВИЧ-позитивных людей, которым впервые была назначена антиретровирусная терапия. Из 578 пациентов 78 (31%) были активными потребителями наркотиков, 96 (17%) — бывшими ПИН 404 пациента (70%) никогда не употребляли наркотики. Уровень подавления

<sup>5</sup> Лечение пациентов с тройным диагнозом (наркомания, психиатрическое расстройство и ВИЧ-инфекция) представляет собой трудную задачу, поскольку для их ведения необходим скоординированный подход со стороны нескольких специалистов. ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков, особенно на поздних стадиях заболевания, не имеют возможности и желания проходить длительное наркологическое лечение. В таких ситуациях рекомендуется использовать дневные стационары и краткосрочные программы детоксикации для профилактики рецидива. Поддерживающая психотерапия, проводимая психологом-консультантом, может помочь пациенту укрепить навыки преодоления кризисных ситуаций. Лечение тревожных состояний и нарушений сна (бессонница) осложняется тем, что бензодиазепины и другие седативные препараты обладают потенциалом для формирования наркотической зависимости. В этой связи рекомендуется использовать лекарства с низким наркогенным потенциалом типа бупропиона (Textbook of Substance Abuse Treatment. Edited by Marc Galanter, MD., Herbert D. Kleber, MD., The American Psychiatric Press, 2nd Edition, 1999, Washington, D.C.). См. также: Исследование по использованию атипичных нейролептиков (сероквель и рисперидон) для лечения тревоги, бессонницы, раздражительности и других психических симптомов как стратегии по стабилизации эмоционального состояния пациентов с тройным диагнозом и повышении приверженности ВААРТ (Bialos D.S., Cederblom L., Selwyn, et al. The use of atypical antipsychotic medication for the adjunctive treatment of AIDS patients with substance abuse and psychiatric symptoms. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11–16 July 2004).

вирусной нагрузки у активных ПИН был значительно ниже, чем в группах пациентов, которые перестали употреблять наркотики или никогда их не употребляли. Исследование показало, что приверженность терапии среди ПИН ниже, чем в двух других группах пациентов [12].

В исследовании, проведенном в Университете Джонса Хопкинса Грегори М. Лукасом и его группой, приняли участие 764 человека [13]. Пациенты были разделены на три группы: 1) никогда ранее не употреблявшие героин или кокаин; 2) употреблявшие героин или кокаин когда-то в прошлом, но не употреблявшие в предшествующие интервью шесть месяцев; 3) активно употребляющие героин или кокаин в настоящий момент. Затем во всех группах был проведен сравнительный анализ показателей использования комбинированной антиретровирусной терапии в определенный момент в прошлом. Кроме того, среди участников, которые в это время получали антиретровирусную терапию, было проведено сравнение между их собственной оценкой соблюдения режима и уровнем подавления вирусной нагрузки. Результаты представлены в диаграмме 1.



**Диаграмма 1.** Использование ВААРТ, показатель соблюдения режима и подавление вирусной нагрузки у пациентов, активно употребляющих, употреблявших в прошлом или не употреблявших наркотики

Использование комбинированной антиретровирусной терапии было значительно выше среди тех, кто не употребляет наркотики, чем среди активных потребителей. Также значительно выше среди данной категории пациентов были показатели по количеству соблюдающих врачебные предписания (на основе самоотчетов) и проценту очевидного снижения вирусной нагрузки.

Согласно исследованию, проведенному группой ученых из Университета Джонса Хопкинса под руководством Д.Д. Челентано в 1999 году [14], 32% ПИН не получали лечения, несмотря на то что в течение более трех с половиной лет по иммунологическим показателям (500 клеток/мл), бесспорно, в нем нуждались. Ученые определили основные закономерности предоставления/не предоставления ВИЧ-позитивным ПИН адекватного лечения и ухода.

- ВИЧ-позитивные ПИН более молодого возраста и более низкого уровня образования реже получали ВААРТ.
- Арест, заключение и употребление наркотиков являлись препятствиями к предоставлению ВААРТ и адекватной помощи.
- ПИН, состоящим в программах поддерживающей терапии метадонном, чаще предоставлялась ВААРТ, что позволяет предположить, что наркологическое лечение способствует получению адекватной помощи при ВИЧ-инфекции.
- ПИН, имеющим медицинскую страховку, в три раза чаще предоставлялась ВААРТ.
- Пациенты, у которых была возможность получения непрерывного медицинского ухода, в четыре раза чаще начинали ВААРТ. Они чаще находились на лечении, когда имели низкий уровень CD4-лимфоцитов и высокую вирусную нагрузку.
- Врачи менее склонны назначать ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков, предполагая, что у них может оказаться низкая приверженность терапии.
- ВИЧ-позитивных ПИН следует направлять в специальные службы, занимающиеся решением конкретных проблем. Но они могут не получить направлений в данные службы или у них могут возникнуть трудности при их посещении.

## ОКРУЖЕНИЕ

Потребители инъекционных наркотиков живут в среде, которая носит скорее враждебный характер. Они вынуждены скрывать наркотическую зависимость от окружающих людей из-за боязни подвергнуться с их стороны дискриминации. Подобное негативное отношение способствует формированию у ПИН низкой самооценки и ограничивает их круг общения с людьми, не употребляющими наркотики. Это, в свою очередь, приводит к объединению ПИН в закрытые неформальные сообщества и сети. Недостаток стабильных отношений, проблемы с родственниками, боязнь контактов с медицинскими учреждениями ограничивают вероятность получения квалифицированной медицинской помощи. Современный подход к ведению пациентов с наркотической зависимостью предполагает наличие системного многоуровневого механизма, который позволил бы стабилизи-

ровать и нормализовать жизнь человека во всех ее аспектах: здоровье (как физическое, так и психическое), социальная сфера (трудоустройство, социальное страхование), личные отношения (формирование партнерских и семейных отношений). К сожалению, в странах бывшего Советского Союза, переживающих период становления и экономического развития, службы, в задачу которых входило бы решение данных вопросов, малоэффективны даже в отношении широких слоев населения, не говоря уже о целевых группах. Наиболее эффективный метод наркологической помощи — заместительная терапия, играющая основную роль в формировании приверженности ВААРТ, все еще остается труднодостижимой мечтой. Мизерное количество реабилитационных программ и отсутствие инициативы со стороны ПИН, направленной на развитие групп самопомощи, также не способствуют повышению доступности социальных и медицинских услуг. По мнению исследователей из группы Д. Д. Челентано, «низкие знания о ВИЧ-инфекции и лечении, отсутствие веры в его эффективность, предубеждение против медицинского истеблишмента и правительства, теории заговора — все это способствует тому, что у ВИЧ-инфицированных ПИН остается меньше мотивов для получения медицинской помощи» [14]. К сожалению, врачи зачастую разделяют существующие в обществе негативные представления о ПИН<sup>6</sup> и потому отказывают потребителям наркотиков в назначении ВААРТ, исходя из предположения, что приверженность терапии будет очень низкой.

Несмотря на вышеперечисленные трудности, лечение антиретровирусными препаратами потребителей инъекционных наркотиков может быть вполне успешным. Врачи не должны отказывать в таком лечении, исходя лишь из предположения, что пациент не будет должным образом следовать режиму приема препаратов. В следующем разделе представлены исследования тех подходов, которые могут помочь пациентам соблюдать установленный режим лечения и, тем самым, получить максимальную пользу от ВААРТ.

<sup>6</sup> При оказании медицинской помощи потребителям наркотиков у врачей могут возникать трудности в общении с пациентами, обусловленные целым рядом негативных установок. В одном из исследований были выделены четыре проблемные области, которые затрудняют формирование доверительных отношений между врачом и пациентом. Во-первых, врачи опасаются, что пациенты, употребляющие наркотики, могут их обманывать (прежде всего это касается просьб пациентов выписать наркотические болеутоляющие препараты для снятия боли или купирования синдрома отмены). Во-вторых, врачи говорят об отсутствии стандартного подхода к наиболее часто встречающимся клиническим ситуациям (особенно при оценке и лечении болевого синдрома и синдрома отмены). Поскольку субъективные жалобы пациентов подозрительны, врачи стараются изо всех сил найти критерий для адекватного назначения опиатов. В-третьих, врачи избегают ситуации, когда необходимо выслушать жалобы пациента, но в то же время проявляют беспокойство и испытывают чувство дискомфорта в отношении собственного подхода к таким пациентам. В-четвертых, пациенты, употребляющие наркотики, болезненно относятся к тому, что медицинская помощь может быть оказана не должным образом, трактуя непоследовательность со стороны врача или какие-то недостатки в лечении как знаки намеренно плохого отношения к ним (Merrill J.O., Rhodes L.A., Deyo R.A., Marlatt G.A., Bradley K.A. Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the 'Narc' Cabinet. *Journal of General Internal Medicine*, Volume 17, Issue 5: 327, May 2002).

## ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ АНТИРЕТРОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

К сожалению, не существует, да и вряд ли может существовать простой универсальный метод, который позволил бы сделать так, чтобы все пациенты, получающие антиретровирусную терапию, могли следовать прописанному режиму. Исследования и клинические испытания по повышению приверженности среди пациентов, в том числе «трудных», непосредственно или в определенной степени направлены на три главных аспекта: обучение/знание, навыки/поведение и эмоциональная/социальная поддержка. Пожалуй, наиболее эффективным является такой многоуровневый подход, который предполагает воздействие на все стороны жизни пациента, повышая тем самым его мотивацию на лечение заболевания и поддержание здоровья (см. Приложение 2. Модель саморегуляции). Ниже представлены подходы и стратегии для работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, продолжающими употреблять наркотики.

## СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Жизнь наркозависимого человека значительно отличается от жизни людей, не употребляющих наркотики. Длительное употребление наркотиков зачастую приводит к появлению ряда серьезных социальных проблем. Для того чтобы помочь человеку справиться с ними, в западных странах используется подход, получивший название «case management» («социальное сопровождение»), включающий услуги по медицинскому и социальному патронажу. Социальное сопровождение как вид социальной работы традиционно использовалось для оказания помощи психически больным людям с целью социальной адаптации человека. В отношении к потребителям наркотиков подход стал использоваться в США в 70-х годах и был направлен на привлечение бывших заключенных в программы наркологического лечения<sup>7</sup>. Социальное сопровождение выполняет две основ-

<sup>7</sup> Х. Сигл описывает патронаж в наркологии как «скоординированный подход по предоставлению услуг, касающихся физического и психического здоровья, проблем наркотической зависимости и социальной сферы. Данный подход позволяет прикрепить клиентов к соответствующим службам, чтобы удовлетворить их специфические потребности и достигнуть намеченных целей» (Siegel H. A. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series #27: Comprehensive case management for substance abuse treatment. Rockville, M.D.: US Department of Health and Human Services, 1998).

ные функции: направление и координацию служб. Специалисты могут работать как самостоятельно, так и в команде, и, по сути, выполняют роль консультантов по вопросам, где, когда и как потребитель наркотиков может получить необходимую помощь (связанную с проблемами трудоустройства, поиска ночлега, страховки и т.д.). В их задачи входит направление клиента в существующие службы и координация предоставления услуг. Существует целый ряд характеристик, описывающих компетенцию, знания и навыки работника, необходимые для эффективного «социального сопровождения»:

- Знание моделей и теорий наркотической зависимости; а также проблем, связанных с употреблением наркотиков.
- Способность описать философию, практику и результаты наиболее широко принятых и научно обоснованных моделей лечения, процесса выздоровления, профилактики рецидива и непрерывного ухода при ведении наркозависимых пациентов и в решении других проблем, связанных с наркотической зависимостью.
- Осознание значения и роли, которые играют в процессе лечения и выздоровления семья, социальное окружение и общественная система.
- Информированность в области страхования и возможностей медицинского ухода, которые могут быть доступны клиенту.
- Понимание различных культуральных особенностей, включение соответствующих потребностей иных культурных групп, а также людей с ограниченными возможностями в клиническую практику.
- Понимание значимости междисциплинарного подхода к лечению наркотической зависимости<sup>8</sup>.

**Пример.** В Австралии группа, состоящая из 13 социальных работников, в течение 12 месяцев осуществляла патронаж 64 женщин, проживающих в сельской местности и употребляющих наркотики. Показатель удержания в программе на третий месяц составил 75%. В результате проведения профилактических вмешательств у клиентов программы существенно повысилась самооценка, значительно улучшились эмоциональное состояние и социальная ситуация, снизилось количество употребляемых наркотиков и табака. Авторы приходят к выводу, что программы социального сопровождения позволяют добиться снижения уровня употребления наркотиков путем простой поддержки клиентов в других сферах жизни.

Sheldrake M., Passey M., Leitch K., Gilmore V. Short-term impact of case management of rural Australian women dependent on illicit drugs, Abstract. 15<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm., Melbourne, Australia, 2004.

<sup>8</sup> Centre for Substance Abuse Treatment, Addiction Counselling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice (Technical Assistance Protocol (TAP) Series, Number 21. DHHS Pub. No. (SMA) 98-3171. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1998).

Социальная работа с ВИЧ-инфицированными потребителями наркотиков требует дополнительных знаний и навыков, поскольку в данном случае социальному работнику приходится иметь дело с двумя состояниями, угрожающими жизни клиента: СПИД и наркотическая зависимость. Следующие аспекты могут оказывать негативное влияние на эффективность социальной работы:

- Страх заразиться ВИЧ-инфекцией со стороны социального работника и других клиентов.
- Двойная стигма, связанная с потреблением наркотиков и с ВИЧ-статусом.
- Прогрессирующий характер заболевания.
- Комплексный набор медицинских, особенно фармакологических, интервенций, используемых для лечения ВИЧ-инфекции.
- Серьезные финансовые последствия заболевания и его лечения.
- Чувство безнадежности/отсутствие мотивации к лечению среди пациентов, находящихся на терминальной стадии заболевания.

В середине 90-х годов в США была разработана специальная программа социального сопровождения для профилактической работы с людьми, практикующими рискованное поведение, которая получила название «HIV Prevention Case Management». Эта программа представляет собой набор профилактических мероприятий, направленных на то, чтобы помочь ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным людям «перестроить» свое поведение по принципу снижения риска возможной передачи или заражения ВИЧ. Программа нацелена на людей, у которых имеются или могут возникнуть проблемы с переходом на такой тип поведения или поддержание такого типа поведения. Кроме того, она помогает выявить, какие и в какой мере медицинские, психологические и социальные услуги оказывают влияние на состояние здоровья клиента и его возможности по изменению поведения, связанного с риском передачи/заражения ВИЧ [15]. Целями программы являются:

- Предоставление специализированной помощи людям, имеющим многочисленные комплексные потребности, направленные на снижение риска заражения ВИЧ.
- Оценка риска заражения другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), гарантия предоставления адекватной диагностики и лечения.
- Направление клиентов с различными медицинскими и психосоциальными потребностями в службы, которые оказывают влияние на состояние здоровья клиента и его возможности по изменению поведения, связанного с риском заражения ВИЧ.
- Предоставление информации и направлений в другие службы, нацеленные на удовлетворение потребностей во вторичной профилактике ВИЧ среди людей, живущих с ВИЧ.

Неоднократно было показано, что социальная поддержка (друзья/партнер/семья) и наличие людей, которые могли бы оказывать помощь пациентам в соблюдении режима приема антиретровирусных препаратов, играют важную роль в повышении приверженности ВААРТ. Например, исследование В. Гордилло [16], в котором приняли участие 366 пациентов и где хорошего показателя приверженности (> 90%) смогли достичь 57,6%, продемонстрировало, что показатель приверженности терапии среди людей, не употребляющих наркотики, был в два раза выше, чем среди активных ПИН. У людей без депрессии, у которых имеется хорошая социальная поддержка, приверженность примерно в два раза выше, чем у тех, кто страдает депрессией и испытывает нехватку социальной поддержки. В данном исследовании показатель приверженности антиретровирусной терапии был хуже в группах людей, страдающих депрессией независимо от наличия социальной поддержки, и людей, у которых не было депрессии, но которые были лишены социальной поддержки.

Поскольку во многих случаях у активных потребителей наркотиков отсутствуют/ослаблены общественные связи и нарушены контакты с семьей и родственниками, работники службы социального сопровождения могут взять на себя роль тех, кто осуществляет социальную поддержку. Они служат не только звеном между наркозависимым клиентом и медицинскими/социальными службами, но и выполняют бесценную роль в повышении приверженности потребителей наркотиков ВААРТ путем прямой выдачи им антиретровирусных препаратов (назначенных врачом) и наблюдения за соблюдением режима приема (терапия прямого наблюдения). Основная проблема при организации патронажа заключается в соблюдении конфиденциальности, поскольку помимо врача и других медицинских специалистов о статусе пациента узнают социальные работники.

Исследователи из Северной Каролины, США [17], изучали практики консультирования, которые применяют работники патронажной службы для повышения приверженности их клиентов антиретровирусной терапии. Из 119 специалистов на вопросы анкеты ответили 94 (85%). Социальные работники часто оказываются в ситуации, обусловленной необходимостью решения проблемы приверженности терапии у клиентов (в среднем более половины задают вопросы, касающиеся лекарственных препаратов). Большую часть своего рабочего времени социальные работники хвалят клиентов за соблюдение режима терапии (84%), обсуждают последствия несоблюдения режима (74%), интересуются, не возникло ли у клиентов вопросов и проблем относительно лечения (74%), и узнают о наличии побочных эффектов (65%). Менее четверти патронажных специалистов предос-

тавляют клиентам письменные инструкции об употреблении препаратов, помогают пополнять лекарственными препаратами контейнеры и планировать время для принятия доз. Патронажные специалисты помогают клиентам получить доступ к услугам, которые способствуют приверженности лечению, например, сопровождая их на прием к врачу.

## ТЕРАПИЯ ПРЯМОГО НАБЛЮДЕНИЯ

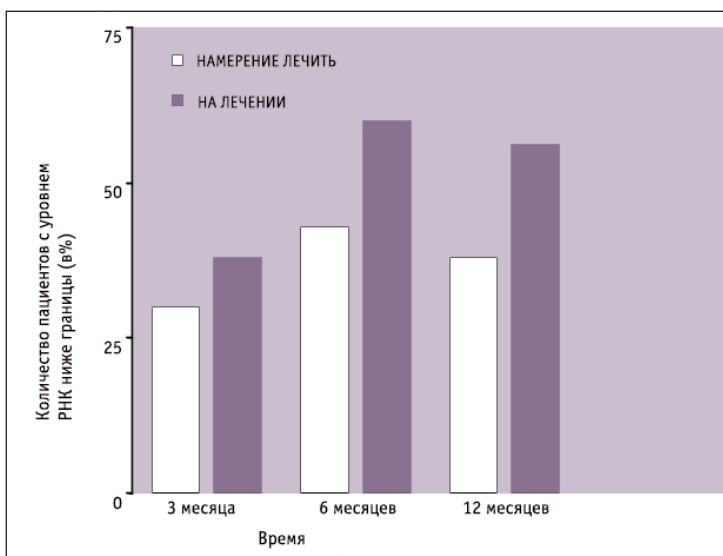
Терапия прямого наблюдения (ТПН) традиционно использовалась для лечения туберкулеза, эффективность которого напрямую зависит от соблюдения графика приема препаратов. В отличие от туберкулеза ВИЧ-инфекция относится к так называемым неизлечимым заболеваниям, требующим пожизненного осуществления терапии. Это существенно ограничивает возможности применения ТПН, поскольку постоянный контроль над пациентами требует огромных финансовых затрат. К настоящему времени проведено несколько исследований с использованием данного метода для лечения и ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Первые сообщения об успешности программ ТПН поступили из США. М. Фишель и соавторы [18] сравнили эффективность комбинированной антиретровирусной терапии в двух группах пациентов, никогда ранее АРВ-терапии не принимавших. В каждой группе было по 50 человек. В первой были пациенты из числа осужденных (тюрьма во Флориде), которые принимали лекарственные препараты в рамках программы ТПН; пациенты второй группы принимали лекарства самостоятельно и посещали отдел клинических исследований (в Майами). Исследование, проведенное спустя 80 недель после начала курса терапии, обнаружило статистически значимую разницу между двумя когортами пациентов в показателе вирусной нагрузки: 95% пациентов в группе ТПН смогли достигнуть уровня вирусной нагрузки ниже границы определения (меньше 50 копий/мл), тогда как в группе пациентов, самостоятельно принимающих препараты, такого показателя смогли достигнуть лишь 75% пациентов.

Программы заместительной терапии метадонном дают уникальную возможность для проведения антиретровирусной терапии методом прямого наблюдения. В исследовании С. Кларка [19] в течение года приняли участие 39 человек. Все пациенты были потребителями героина, которые ежедневно получали заместительную терапию. Но прежде чем получить метадон, пациенты под наблюдением врача принимали утреннюю дозу антиретровирусных препаратов. Вечернюю дозу они получали на руки и принимали ее

самостоятельно дома. В течение первых трех месяцев пациенты ежедневно посещали клинику по лечению ВИЧ-инфекции. Когда состояние пациента в отношении метадона и препаратов ВААРТ оценивалось как стабильное, его обязательные визиты в клинику сокращались с ежедневных до пяти раз в неделю, затем трех, двух и, в конце концов, до одного раза в неделю. К 48-й неделе после начала приема ВААРТ 51% пациентов из числа принимавших ранее антиретровирусные препараты и 65% пациентов-новичков достигли максимального уровня подавления вирусной нагрузки.

При использовании сверхчувствительного теста Рош количество пациентов с уровнем РНК ВИЧ в плазме ниже границы определения (< 50 копий/мл) составил 33, 46 и 36% на 3, 6 и 12 месяцев лечения соответственно. При использовании анализа в процессе лечения эти показатели возросли до 38, 60 и 58% соответственно (см. диаграмму 2).



**Диаграмма 2.** Количество пациентов с уровнем РНК ВИЧ в плазме ниже границы определения (< 50 копий/мл)

Экспериментальная программа по повышению приверженности антиретровирусной терапии с помощью метода прямого наблюдения осуществляется в городе Провиденс, штат Род-Айленд [20]. Иммунологический центр «Мириам» направляет в программу пациентов, которые плохо справляются с соблюдением графика приема препаратов. Социальные работники

программы приносят разовую дозу препаратов по указанному пациентом адресу. Вначале количество обязательных посещений составляет пять или семь раз в неделю, затем оно постепенно сокращается. Критериями для изменения графика посещений служат: показатель вирусной нагрузки (количество РНК-вируса в плазме ниже 50 копий/мл), готовность к сотрудничеству с социальным работником, выполнение инструкций и своевременное посещение врача. По сообщению авторов, программа, основанная на режиме однократного ежедневного приема препаратов ВААРТ, имеет неплохие результаты. Из 25 человек 21 пациент (84%) участвовал в программе на протяжении трех месяцев, 13 (56%) пациентов — на протяжении шести. Все участники отметили, что социальный работник помог им правильно принимать препараты. У 63% пациентов уровень вирусной нагрузки в плазме составил менее 50 копий/мл.

Вера в абсолютную эффективность ТПН в лечении ВИЧ-инфекции привела к появлению нового термина — «directly administered antiretroviral therapy», DAART (букв: «антиретровирусная терапия под непосредственным наблюдением»). Исследование, опубликованное в «Clinical Infectious Diseases» [21], также подтвердило большую эффективность контролируемой выдачи и приема препаратов. В данном исследовании приняли участие 72 человека. Социальные и медицинские проблемы пациентов включали: отсутствие постоянного места проживания (35%), недостаток поддержки со стороны близких людей и родственников (86%), клиническая депрессия (57%), алкоголизм (36%). В начале исследования средний уровень CD4+ составлял 403 клетки/мл, а средний уровень вирусной нагрузки был равен 146,333 копий/мл. В первые шесть месяцев 33% всех пациентов пропускали визиты к врачу, а 47% в случае необходимости обращались в службы «скорой помощи». Несмотря на то что большинство пациентов предпочитали получать медикаменты самостоятельно, 76% выразили согласие принимать антиретровирусную терапию под непосредственным наблюдением, если это не будет сопряжено с проявлениями насилия и принудительности. Клиника, предоставляющая лечение метадонотерапией с целью обеспечения приверженности АРВ-терапии, оказалась привлекательной для небольшого количества пациентов (36%), а передвижной пункт обмена шприцев был благоприятно воспринят большинством пациентов (83%). Показатель приверженности терапии был выше в группе пациентов, состоящих под наблюдением сотрудников службы социального сопровождения, чем в группе, где препараты принимались пациентами самостоятельно, что свидетельствует в пользу ТПН.

Однако у терапии прямого наблюдения существует целый ряд недостатков, которые не позволяют считать ее максимально эффективной в повышении приверженности антиретровирусному лечению. Основными из них авторы статьи «Сомнения относительно ТПН: антиретровирусная терапия для стран с ограниченными ресурсами», опубликованной в журнале «AIDS» в 2003 году [22], считают следующие:

- Аргументы в пользу преимуществ ТПН носят спорный характер. По результатам ряда исследований, клинические показатели при приеме препаратов АРВ-терапии самостоятельно не всегда отличаются от показателей, достигнутых пациентами, которые получали препараты под наблюдением. Например, согласно результатам исследования Фишеля [18], более высокий уровень подавления вирусной нагрузки при использовании ТПН не всегда сопровождается изменением уровня CD4-клеток в сравнении с аналогичными показателями у пациентов, принимавших препараты самостоятельно. Хотя именно последний показатель является прогностическим критерием для оценки клинических результатов.
- Ошибочное представление, что так называемые страны с ограниченными ресурсами представляют собой «особый случай» для активного продвижения ТПН в лечении ВИЧ-инфекции. Исследования, проведенные в странах Южной Африки, демонстрируют, что пациенты в этих регионах могут быть настолько же привержены ВААРТ, как и пациенты в «богатых» странах, то есть достигать 88–95% приверженности [23].
- Вероятность парадоксального влияния приверженности терапии на возникновение лекарственно-устойчивых штаммов вируса. Согласно некоторым исследованиям, лекарственная устойчивость при комбинированном лечении ингибиторами протеазы наблюдалась лишь у пациентов, которые достигали 65–100% уровня приверженности. Поскольку при ТПН наблюдение имеет место лишь в случае приема одной дневной дозы из двух, полное соблюдение режима терапии (приверженность) не гарантировано.
- Достаточно часто говорят, что высокая приверженность ВААРТ предотвращает трансмиссию вируса от зараженного человека другим людям. Но до настоящего времени не существует достаточно серьезных подтверждений тому, что прием антиретровирусных препаратов под наблюдением может способствовать предотвращению большего числа случаев передачи вируса.
- Права человека. ВИЧ-инфекция в значительно большей мере, чем туберкулез, сопровождается стигмой и дискриминацией. Ежедневные визиты социального работника к ВИЧ-инфицированному человеку могут привести к раскрытию его статуса перед ближайшими родственниками, друзьями, соседями. Как показывают исследования, боязнь раскрытия статуса может быть причиной отказа от терапии, поскольку она требует частого посещения медицинских служб. При оказании помощи ЛЖВС следует относиться с особой внимательностью к вопросам, связанным с соблюдением конфиденциальности пациента. Терапия прямого наблюдения может иметь некоторые преимущества лишь в том случае, если соблюдаются права человека, живущего с ВИЧ.

Помимо ограничений, перечисленных выше, необходимо указать и на такие барьеры, как продолжительность и рентабельность ТПН. Все исследования, проводившиеся до настоящего времени, носили экспериментальный характер и были непродолжительны по времени. Нет данных о том, как показатель приверженности у пациентов меняется со временем, после прекращения профилактических вмешательств. Сохраняется ли уровень соблюдения режима или пациенты начинают «халтурить» и пропускать время приема препаратов? Особенную актуальность этот вопрос имеет для пациентов с нестабильными жизненными условиями — например, для потребителей инъекционных наркотиков. Другое серьезное препятствие для активного продвижения ТПН — финансовые затраты. Обучение социальных работников или медсестер, оплата труда и льгот являются дополнительной финансовой нагрузкой для системы здравоохранения, которая и без того финансируется недостаточно.

Для повышения приверженности ВААРТ проводились исследования с использованием различных электронных методов напоминания: пейджеры, упаковки препаратов с электронным контролем, телефонные звонки пациентам (см., например, веб-сайт по электронным средствам напоминания: <http://www.epill.com>).

Группа исследователей из Сиэтла [24] сформировала когорту пациентов (25 человек), которым на шесть месяцев были предоставлены пейджеры с двусторонней связью. Пациенты получали от трех до восьми сообщений в день в зависимости от графика приема препаратов. Клинические сообщения включали в себя напоминания о необходимости принять препараты и о соблюдении соответствующей диеты. Другие сообщения содержали информацию или вопросы относительно приверженности терапии, качества сна, побочных эффектов, аппетита и др. Все сообщения носили директивный характер (например: «Доброе утро. Время принимать индинавир. У вас были проблемы с препаратами в выходные дни?») и сопровождались вариантами ответов (например: «Все принял вовремя», «Пропустил одну дозу», «Пропустил более одной дозы»). Результаты оказались следующими: разослано 17 440 сообщений — получено 14 677 (84%) ответов; пациенты в среднем принимали участие в исследовании на протяжении 208 дней; 19 человек пользовались пейджером по крайней мере три месяца; шесть человек отказались от участия в исследовании, так как им «не нравилось пользоваться пейджером» (плохая связь, персональный кризис); один пациент умер; 58% пациентов показали хороший уровень приверженности; 36% пропустили от одной до нескольких доз; 79% участников исследова-

ния сообщили, что пейджинговая система помогла им улучшить приверженность терапии.

Для рассылки напоминаний по пейджеру или мобильному телефону был создан интернет-сайт (<http://www.medimom.com>). Текстовые сообщения составлялись врачом и самим пациентом. Как сообщил С. Сафрен на XIV Международной конференции по СПИДу (Барселона, 2002), «рандомизированное исследование, проведенное среди 72 пациентов, показало значительно более высокий уровень приверженности в сравнении с участниками контрольной группы» [25].

Ученые из Университета Джона Хопкинса применили карманное устройство для напоминания о времени приема антиретровирусных препаратов [26]. Это устройство, получившее название «DMAS» («Disease Management Assistance System» — «вспомогательная система для лечения болезней»), доказало свою эффективность в группе пациентов с умеренными расстройствами памяти. Когда бипер начинает издавать сигнал и мигать, пациент, нажав на клавишу, получает голосовую инструкцию о том, какой препарат в данный момент следует принять. Большинство пациентов, использовавших «DMAS», завершили полугодовое испытание и смогли достигнуть уровня приверженности, превышающего 90%. Показатель снижения вирусной нагрузки был в 10 раз выше в экспериментальной группе, чем в контрольной. Как считает ведущий автор исследования А. Адрадэ, «это — впечатляющее снижение для такой относительно простой техники» (<http://www.globaltechnoscan.com>).

А. Коллиер исследовал, как телефонные звонки, нацеленные на соблюдение режима терапии, влияют на показатель вирусной нагрузки среди пациентов, начавших антиретровирусную терапию [27]. В первые четыре дня терапии у 64% пациентов (из 282 человек) был отмечен показатель приверженности, превышающий 95%, а более 61% пациентов смогли достигнуть 100%. Во время исследования среди 34% пациентов не были зарегистрированы эффективные результаты (вирусологический показатель), что ассоциировалось с инъекционным употреблением наркотиков, более молодым возрастом, гендерной принадлежностью (все женщины) и более высокими показателями стресса. Авторы приходят к выводу, что данные результаты не свидетельствуют в пользу идеи использования серийных телефонных звонков для повышения уровня приверженности терапии.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ



Медицинские специалисты играют ключевую роль не только в назначении и корректировании терапии, но и в повышении приверженности. Информирование пациентов о самом заболевании, о препаратах и их побочных эффектах, о способах преодоления побочных эффектов, о необходимости соблюдения режима, предоставление рекомендаций, как этого добиться, составляют неотъемлемую часть ведения пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией. Прежде чем назначить терапию и объяснить механизм ее действия, лечащий врач должен убедиться в том, что пациент имеет четкое представление не только о методах профилактики заражения (коинфицирование другими штаммами вируса и защита окружающих людей от инфицирования), но и о том, что представляет собой ВИЧ-инфекция, как она протекает, какие оппортунистические заболевания ее сопровождают. Уровень знаний пациента о самом заболевании оказывает влияние на его мотивацию следовать медицинским предписаниям. Например, в одном из исследований, в котором приняло участие 997 человек, было показано, что лучшее понимание природы заболевания ассоциируется с более высокими показателями приверженности лечению. Уровень знаний у пациентов оценивался с помощью простой анкеты, содержащей всего пять вопросов (оценка: правильно/неправильно). Те пациенты, которые правильно ответили на пять или четыре вопроса, продемонстрировали большую приверженность лечению (количество пропущенных доз) в сравнении с теми, кто дал меньшее число правильных ответов [28].

А. Тилдра и А. Ву, авторы обзорного анализа существующей литературы по данному вопросу, выделили целый ряд важных моментов, которые следует учитывать врачам при принятии решения о начале ВААПТ [29]:

1. Терапию лучше начинать, когда у пациента уже сформирована сильная мотивация и налицо готовность к лечению<sup>9</sup>. Простой вопрос поможет специалисту определить намерения пациента: «Оцените по шкале от 1 до 10 ваши способности придерживаться графика приема лекарств».
2. Пациент должен принимать участие в выборе режима терапии, что позволит адаптировать режим к условиям его жизни. Успех достигается тогда, когда прием лекарственных препаратов осуществляется по индивидуально разработанной схеме и становится частью ежедневных привычек.
3. Схема приема препаратов должна быть максимально простой. Лучше больше капсул принимать за один раз, чем «разбивать» процедуру на несколько приемов.
4. Необходимо предоставить пациенту как можно более полную информацию о процессе лечения, используя словесные описания, статистику и графики. Обратите особое внимание на следующие вопросы:
  - Содержимое и количество употребляемых капсул (полезно показать картинку или образец каждой капсулы).
  - Количество дневных доз и частота их приема (детальная информация о допустимом временном окне для приема каждой дозы).
  - Условия, связанные с приемом препаратов (например, продукты и характер питания, прием до или после еды и т. д.).
  - Как и где получить препараты и как их хранить.
  - Наиболее распространенные побочные эффекты (когда они вероятней всего происходят и что делать, чтобы от них избавиться).
  - Когда и как выйти на связь с членами команды по уходу.
  - Продолжительность терапии.
  - Высокий риск несоблюдения режима терапии, сопровождающийся формированием лекарственной устойчивости и потерей терапевтических опций.

<sup>9</sup> Поскольку не существует точных методов для определения готовности пациентов следовать режиму терапии, исследователи в Калифорнии провели пилотную программу с использованием плацебо. Двадцати пациентам-мужчинам в амбулаторной клинике были назначены плацебо-препараты, которые они должны были принимать на протяжении нескольких недель (серия от 1 до 5 однедельных практик). Пациентам предлагалось консультирование, которое использовалось в качестве клинического инструмента для оценки, и метод повышения приверженности терапии. Пациентам не назначалось антиретровирусное лечение до тех пор, пока они не демонстрировали 90-процентной приверженности во время одного практического испытания. Приверженность оценивалась с помощью электронных колпачков. По результатам исследования, из 17 человек, которые завершили программу, 15 начали получать антиретровирусную терапию, а двое решили повременить. 13 человек (87%) достигли 90-процентного уровня приверженности в течение первого месяца лечения. Средний показатель приверженности в первые четыре недели составил 93%. Эти результаты позволяют сделать вывод, что если пациент в состоянии следовать режиму терапии в течение одной недели с использованием плацебо-препаратов, то он скорее всего будет в равной степени привержен и ВААПТ (Wagner G., Iguchi M., Schneider S., Scott J., Anderson D. Placebo practice trials: a tool to assess and improve adherence readiness. *HIV Clin. Trials*. 2002 Nov-Dec. 3(6):475–81).

5. Прежде чем разъяснять данные вопросы, полезно спросить пациента, что он знает о препаратах.
6. В начале терапии пациент должен посетить врача, чтобы обсудить, как он переносит препараты. Для повышения приверженности терапии рекомендуется использовать телефонные звонки и повторные приемы у врача.
7. Поскольку наличие побочных эффектов является основной причиной отказа от продолжения лечения, медицинские специалисты должны подробно проконсультировать пациента по данным вопросам, объясняя преимущества лечения перед риском прогрессирования заболевания. В случае наличия у пациента симптомов усталости от терапии не стоит поощрять так называемые каникулы в лечении, поскольку польза данного подхода еще не доказана.
8. Пациенты со специфическими потребностями (например, потребители инъекционных наркотиков) требуют особого внимания. Такие стратегии, как направление на наркологическое лечение и реабилитацию, консультирование и поддержка равными, терапия прямого наблюдения, группы самопомощи, являются наиболее эффективными средствами.

В заключение своей статьи А. Тилдра и А. Ву пишут: «Ограниченные доказательства позволяют сделать вывод, что вмешательства по повышению приверженности антиретровирусной терапии у людей, живущих с ВИЧ, вероятней всего будут успешны тогда, когда они являются комплексными, продолжительными и соответствуют нуждам человека. По нашему мнению, все стратегии должны базироваться на эффективной коммуникации с пациентами, приглашая и побуждая их стать настоящими протагонистами их собственного лечения».

## ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ<sup>10</sup>

Американская ассоциация общественного здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценить факторы, которые могут оказывать влияние на приверженность и выступать в качестве барьеров.</li> <li>• Сформировать и поддерживать терапевтический альянс с пациентом.</li> <li>• Проводить мониторинг за соблюдением режима различными методами.</li> <li>• Осуществлять различные целенаправленные вмешательства по преодолению препятствий к приверженности.</li> </ul>
Стратегии, предложенные Чесни <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Четко объяснить режим.</li> <li>• Подстроить его под стиль жизни пациента.</li> <li>• Обучать пациента тому, как соблюдать режим.</li> <li>• Составить график приема препаратов.</li> <li>• Обозначить место для приема лекарств.</li> <li>• Заранее планировать возможные изменения в режиме.</li> <li>• Составить специальный график для выходных и праздников.</li> <li>• Облегчить доступ к медицинской помощи в клинике.</li> <li>• Привлечь пациента к активному участию в лечении.</li> <li>• Направлять пациента в социальные службы.</li> <li>• Отслеживать и фиксировать приверженность по времени.</li> </ul>
Стратегии, предложенные Тернер <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Упростить и разъяснить режим.</li> <li>• Предоставить средства для напоминания.</li> <li>• Обсудить побочные эффекты.</li> <li>• Предоставить социальную поддержку.</li> <li>• Лечить сопутствующие психиатрические и наркологические расстройства.</li> </ul>
Американская ассоциация психологов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Четко объяснить режим.</li> <li>• Подстроить его под стиль жизни пациента.</li> <li>• Помогать общению с сотрудниками больницы.</li> <li>• Определить и устранить личные барьеры, препятствующие приверженности.</li> <li>• Направлять пациентов с особыми потребностями (например, наркотическая зависимость) на лечение.</li> <li>• Повышать самооценку.</li> <li>• Хвалить пациента за новые навыки.</li> <li>• Развивать в пациенте навыки преодоления проблем, препятствующих включению режима терапии в жизненный цикл.</li> <li>• Создавать социальную среду, способствующую повышению приверженности.</li> <li>• Заручиться поддержкой со стороны социальных контактов пациента.</li> <li>• Сохранять поддержку со стороны больничного персонала.</li> </ul>

**Источник:** Simoni J., Frick P.A., Pantalone D.W., Wturner B.J. Antiretroviral Adherence Interventions: A Review of Current Literature and Ongoing Studies. *Topics in HIV Medicine*, volume 11, Issue 6: 185-198, November/December 2003.

<sup>10</sup> см. Приложение 3. Стратегии повышения приверженности ВААРТ.

<sup>11</sup> Chesney M.A. Compliance: how you can help. Available at: <http://www.hivnewstline.com/issues/Vol3Issue3/comply.html>.

<sup>12</sup> Turner B. .J. Adherence to antiretroviral therapy by human immunodeficiency virus-infected patients. *J Infect Dis.* 2002;185 (Suppl 2): 143–151.

## КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПОДДЕРЖКА «РАВНЫЙ — РАВНОМУ» (PEER COUNSELING AND SUPPORT)

Все больше появляется данных об исследованиях, доказывающих эффективность вмешательств по повышению приверженности ВААРТ, основанных на подходе «равный — равному»<sup>13</sup>.

В Нью-Хейвен, США, было проведено шестимесячное исследование, в котором приняли участие 14 ВИЧ-инфицированных активных потребителей наркотиков, получающих медицинский уход. Каждого из участников просили посещать пациентов раз в неделю, чтобы предоставить поддержку и консультирование. Консультанты получали небольшое денежное вознаграждение, если им удавалось добиться позитивной реакции со стороны пациента (своевременное посещение клинических назначений, визиты в те службы, куда их направлял врач, своевременный прием препаратов и еженедельные встречи с консультантом). На девятой неделе исследования средний показатель приверженности терапии, еженедельно оцениваемый консультантом путем подсчета количества капсул, составил 90% [30].

## РОЛЬ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА (ОБМЕН ШПРИЦЕВ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ) В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Комплексные программы снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков нашли широкое подтверждение своей эффективностью в снижении рискованных видов поведения (сексуальных и инъекционных), способствуя тем самым профилактике заражения инфекциями, передающимися через кровь (ВИЧ, вирусные гепатиты). Как неоднократно указывалось, доступность медицинских служб и возможности получения антиретровирусного лечения для потребителей наркотиков ограничены. Помимо специфических СПИД-сервисных служб ведение и уход за ВИЧ-инфицированными ПИН могли бы осуществляться в программах лечения наркотической зависимости и реабилитации, однако, как показывает международный опыт, в такие программы хотя бы раз в жизни попадают

<sup>13</sup> Несколько исследований были представлены на XV Международной конференции по СПИДу в Бангкоке, Таиланд (см., например, McCaffrey M. Peer counseling in the primary care setting. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11-16 July 2004; Mtwisha L., Orrell C., Lewis M., Matoti K., Wood R., Bekker L.G. A peer administered treatment readiness program enhances community based antiretroviral treatment adherence. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11-16 July 2004; Makuka I., Sinkala M., Wamalume C., et al. Use of peer educators in an ARV treatment program in Lusaka, Zambia. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11-16 July 2004).

лишь 15–20% активных потребителей наркотиков. Программы снижения вреда, организующие свою деятельность «там, где находятся клиенты», имеют гораздо больший доступ к целевой группе и, следовательно, могут использоваться не только для проведения первичных профилактических мероприятий, но и для предоставления медицинской и социально-психологической помощи людям, живущим с ВИЧ. К сожалению, многие люди в наших регионах не хотят посещать СПИД-центры из-за боязни раскрытия статуса и стигмы, которая может быть с этим ассоциирована. В этой связи назначение антиретровирусного лечения на базе программ снижения вреда является привлекательной и вполне выполнимой альтернативой. Сотрудники Йельского университета в США провели пилотное исследование по предоставлению антиретровирусной терапии активным потребителям героина в местах обмена шприцев. Команда специалистов еженедельно посещала пункты обмена для оценки побочных эффектов терапии и мотивирования пациентов на соблюдение режима. Режим терапии был подобран таким образом, чтобы соответствовать времени употребления героина. В начале исследования показатель вирусной нагрузки и количество CD4-лимфоцитов у 13 участников в среднем составляли 162,369 копий на миллилитр и 265 клеток на миллилитр соответственно. К 6-му месяцу пропорция тех, чей показатель РНК ВИЧ-1 в крови был ниже определяемого уровня, составила 85%. 77% достигли неопределяемого уровня к 9-му месяцу исследования. К 12-му месяцу у 54% участников программы отмечался стабильно неопределяемый уровень вирусной нагрузки, а чистый рост показателя CD4-лимфоцитов составил 150 клеток на миллилитр. Дополнительным и непреднамеренным результатом программы стало то, что после достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки 9 участников (69%) решили обратиться за наркологическим лечением [31]. Во многих странах заместительная терапия (метадон, бупренорфин) является терапией выбора при ведении опиоидно зависимых пациентов. Как метод снижения вреда, программы заместительной терапии (ПЗТ), помогая отказаться от инъекционного употребления наркотиков, снижают риск заражения вирусными гепатитами и ВИЧ [32–34]. Прием заместительных препаратов под медицинским наблюдением позволяет улучшить состояние здоровья потребителей наркотиков, а отсутствие тяги к употреблению незаконных наркотиков стабилизирует социальную жизнь. Интервью с участниками программ показали, что метадон стабилизирует эмоциональное состояние, поскольку препарат подавляет чувство тревоги и приглуша-

ет неприятные эмоции/чувства [4]. Когда жизнь наркозависимого человека становится упорядоченной, вполне очевидно ожидать, что доступность и утилизация медицинских услуг возрастают. Согласно нескольким исследованиям, ВИЧ-инфицированные ПИН, находящиеся в программах заместительной терапии, значительно чаще получают лечение антиретровирусными препаратами и более привержены терапии, чем те, кто в таких программах не участвует. В одном из исследований приняли участие 42 ВИЧ-позитивных ПИН, которые впервые начали участвовать в программе заместительной терапии метадонем. До начала метадоновой терапии у 63% пациентов приверженность ВААРТ была менее 80%, что ассоциировалось с низким уровнем образования, депрессией и плохими показателями тестов, оценивающих способности по решению проблем и когнитивную гибкость. На 4-й неделе стабилизационной фазы лечения метадонем приверженность антиретровирусной терапии существенно повысилась [35].

Как и программы обмена шприцев, ПЗТ являются удобным местом для проведения медицинских вмешательств, поскольку потребители наркотиков должны регулярно их посещать<sup>14</sup>. Постоянный контакт с клиентом дает возможность назначать ВААРТ с использованием терапии прямого наблюдения (ТПН). В исследовании в Дублине приняли участие 39 пациентов заместительной терапии метадонем. Спустя 48 недель 51% пациентов, уже имевших ранее опыт лечения антиретровирусными препаратами, и 65% пациентов-новичков смогли достигнуть максимального уровня подавления вирусной нагрузки. Как отмечают авторы, «ТПН должна считаться опцией для предоставления ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков, особенно в сочетании с заместительной терапией метадонем» [36].

Подобные данные были также получены во Франции, где более распространены программы заместительной терапии бупренорфином. Моатти обнаружил, что ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков, получающие бупренорфин, в большей степени привержены антиретровирусному режиму терапии [37]. Было опрошено 164 пациента, из которых 34,8% за предыдущую неделю приняли менее 80% прописанных доз. Клиенты амбулаторной программы заместительного лечения бупренорфином смогли

<sup>14</sup> Существуют доказательства того, что услуги, предлагаемые в программах наркологического лечения «непосредственно на месте» (например, заместительная терапия метадонем), значительно эффективнее, чем при направлении пациентов, употребляющих наркотики, в другие медицинские заведения. В одном из исследований было показано, что 92% пациентов метадоновой программы постоянно получали медицинскую помощь, осуществляемую в программе, тогда как из тех, кто был направлен в другие службы, лишь 35% пациентов имели доступ к медицинской помощи (Umbricht-Schneiter A., Ginn D.H., Pabst K.M., et al. Providing medical care to methadone clinic patients: referral versus on-site care. *Am J Public Health*, 84:207–210, 1994).

достигнуть более высоких показателей приверженности ВААРТ (78,1%), чем бывшие ПИН (6,5%).

Другим вариантом для назначения и/или продолжения заместительной терапии могут стать клиники по лечению ВИЧ/СПИДа. Это особенно важно для пациентов, которые активно употребляют наркотики. Прекращение употребления наркотиков (это, как правило, является обязательной нормой лечебных учреждений) может вызвать синдром отмены с последующим влечением к наркотику и его поиску. В такой ситуации проведение заместительной терапии непосредственно на месте представляется наиболее адекватной мерой с медицинской точки зрения<sup>15</sup>.

## МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ (MOTIVATIONAL INTERVIEWING)

Мотивационное интервьюирование<sup>16</sup> как метод психологического консультирования традиционно используется в работе с наркозависимыми клиентами с целью повышения мотивации на изменение рискованных типов поведения. В литературе появляется все больше данных, свидетельствующих об эффективности этого подхода не только для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией, но и для повышения приверженности пациентов антиретровирусному лечению.

М.С. Адамин и соавторы провели пилотное исследование, в котором приняли участие 20 ВИЧ-инфицированных пациентов [38]. Во время краткосрочных сессий (15–30 минут) пациентам была предоставлена возможность выбрать темы для обсуждения, предполагающие определение проблемы и поиск путей ее решения. Большинство пациентов смогли выработать стратегии, которые способствуют улучшению состояния здоровья.

<sup>15</sup> Исследование, проведенное в больнице Св. Павла по лечению ВИЧ/СПИДа в Ванкувере среди 1056 ВИЧ-инфицированных пациентов с анамнезом употребления наркотиков, было направлено на выявление факторов, способствующих уходу из клиники, несмотря на медицинский совет. В целом показатель прекращения лечения составил 24,9%, что в первую очередь было связано с употреблением наркотиков. Вероятность ухода из больницы снижалась для тех пациентов, которые получали заместительную терапию метадонном прямо в клинике, были старше по возрасту и имели социальную поддержку (Chan A.C., Paleru A., Guh D.P., Sun H., Schechter M.T., O'Shaughnessy M.V., Anis A.H. HIV-positive injection drug users who leave the hospital against medical advice: the mitigating role of methadone and social support. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2004, Jan 1, 35 (1): 56–9).

<sup>16</sup> Мотивационное интервьюирование — клиент-ориентированный подход, способствующий увеличению внутренней мотивации к изменениям посредством рассмотрения и разрешения амбивалентности. Мотивационное консультирование построено на пяти основных принципах: 1) выражение эмпатии (через рефлексивное слушание); 2) отслеживание несоответствий между нынешними и желаемыми типами поведения; 3) отказ от споров; 4) отказ от прямой конфронтации с сопротивлением со стороны клиента; 5) поддержка самоэффективности или представления клиента о том, что у него всегда есть возможность измениться (Miller W. R., & Rollnik S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*, New York: Guilford Press, 2002 (2d ed.)).

Опрос показал, что почти все участники программы (95–100%) считают сессии нужными и полезными. В другом исследовании медицинские сестры-консультанты, используя техники мотивационного интервьюирования, проводили три сессии по повышению приверженности АРВ-лечению для пациентов экспериментальной группы. Проведенная спустя два месяца оценка показала, что среднее количество баллов на шкале пропущенных доз было меньше среди участников экспериментальной группы, чем среди пациентов, с которыми мотивационное интервьюирование не проводилось [39].

## ГРУППЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Традиционно группы самопомощи или самоподдержки для ВИЧ-инфицированных людей формируются и проводятся с целью решения целого ряда вопросов и проблем, связанных как с особенностями самого заболевания, так и с социальными факторами, его сопровождающими (см. Приложение 4. Группы самопомощи). В отличие от психотерапевтических групп, проводимых под руководством специалистов (врачей, психологов), динамика таких групп базируется на принципе «равный — равному», когда в состав группы включаются представители одного сообщества, имеющие общие характеристики<sup>17</sup> и выступающие в качестве лидеров или фасилитаторов. Темы для обсуждения в таких группах могут включать: текущие проблемы, взаимоотношения с близкими людьми, жизнь с ВИЧ, антиретровирусные препараты и опыт их приема, контакты с медицинским персоналом и др. В группах, сформированных для потребителей наркотиков, могут затрагиваться и более специфические темы, касающиеся проблем наркотической зависимости (например, способы менее опасного употребления наркотиков, жизнь с вирусными гепатитами, уход за венами). Группы самоподдержки выступают в качестве посредника между ее участниками и медицинскими специалистами. С точки зрения ПИН — участников группы самоподдержки в Бразилии, ключевыми факторами, способствующими соблюдению режима, являются коммуникация и взаимоотношения с медицинскими специалистами, а также эмоциональная поддержка и

<sup>17</sup> Группы самопомощи (самоподдержки) для потребителей наркотиков являются одним из наиболее эффективных методов работы, направленных на снижение рискованных типов поведения и формирование установки на сохранение здоровья. Например, было доказано, что частота рискованных инъекционных практик (совместное использование инъекционного инструментария) среди ПИН, которые посещают группы самопомощи, в два раза ниже, чем среди ПИН, не принимающих участия в групповых встречах (Sibthorpe B., Fleming D., Gould J. Self-help groups: a key to HIV risk reduction for high-risk injection drug users? *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1994, Jun7(6):592–8).

практическая помощь, оказываемая самой группой. Главные барьеры для приверженности — стигма и страх быть отверженным, как результат раскрытия статуса перед родственниками, друзьями и партнерами, низкая самооценка, связанная с инфицированием ВИЧ и симптомами заболевания, сложность терапевтического режима, побочные эффекты, сопутствующее употребление алкоголя и/или наркотиков [40].

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ

Депрессия является наиболее распространенным расстройством среди ВИЧ-инфицированных пациентов. По некоторым данным, до 50% пациентов, живущих с ВИЧ, в какой-то момент жизни испытывают симптомы депрессии той или иной степени тяжести. Множество исследований демонстрируют прямую связь между наличием депрессии у пациентов и плохими исходами лечения ВИЧ-инфекции. Согласно научным данным, депрессия ассоциирована с трехкратным увеличением риска смерти, независимо от возраста, снижением количества CD4-клеток и плохой приверженностью антиретровирусной терапии [41–42]. Причинную связь между депрессией и прогрессированием инфекционного процесса предположительно можно объяснить (1) прямым влиянием стресса на иммунную систему (иммунносупрессия), (2) отсроченным началом приема ВААРТ и (3) субоптимальным соблюдением режима терапии (низкая приверженность) [43]. В связи с этим очень важно перед назначением антиретровирусной терапии провести диагностику и лечение депрессии. Для быстрого выявления симптомов депрессии на приеме у врача (не психиатра) можно использовать простой тест.

### Простая форма оценки депрессии

1. Беспокоило ли вас в течение последнего месяца чувство подавленности или чувство безнадежности?

Да

Нет

2. Беспокоило ли вас в течение последнего месяца отсутствие интереса к тому, чем вы занимались, или удовлетворения от того, чем вы занимались?

Да

Нет

Если «нет» на оба вопроса, то пациент вряд ли испытывает серьезную депрессию

**Источник:** American Psychiatric Association. DSM IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. 1994.

В случае выявления депрессии пациента необходимо направить в специализированные службы: психиатрия, наркология, психотерапия — для назначения адекватного лечения (в этой связи см., например, статью, описывающую лекарственную терапию депрессии у ВИЧ-инфицированных пациентов и фармакологическое взаимодействие антиретровирусных и психотропных препаратов: Halman M. Management of depression and related neuropsychiatric symptoms associated with HIV/AIDS and antiretroviral therapy. *The Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, July/August 2001, Volume 12, Number C<sup>18</sup>).

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОМАНДЫ ПО УХОДУ И ПОДДЕРЖКЕ



Ведение пациентов с наркотической зависимостью и сопутствующей ВИЧ-инфекцией требует активного участия специалистов разного профиля, представляющих как сферу здравоохранения, так и другие социальные институты (социальная служба, агентства по трудоустройству и т.д.). Это является достаточно уникальной ситуацией для медицины. Как уже было указано, целый ряд факторов немедицинского характера может выступать в качестве барьеров для приверженности ВААРТ (стигма,

употребление наркотиков, отсутствие социальной поддержки и помощи со стороны «значимых других», депрессия). Поэтому представляется важным перед назначением антиретровирусной терапии сформировать группу из разных специалистов, ответственных за ведение пациента. Такая группа в западной литературе называется «командой по уходу и поддержке» (см. Приложение 5. Скоординированный подход команды специалистов к ведению ПИН, живущих с ВИЧ/СПИДом).

<sup>18</sup> Для лечения депрессии используется целый ряд эффективных подходов: когнитивно-поведенческая терапия, трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина и такие альтернативные препараты, как декстроамфетамин и тестостерон.

**Пример.** Медицинский центр «Dimock» (Dimock Community Health Center, [http:// www.dimock.org](http://www.dimock.org)), расположенный в Роксбери, США, предлагает ряд медицинских услуг. В 1997 году в Центре была разработана комплексная программа, направленная на повышение приверженности ВААРТ, которая стала частью программы по уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (приняли участие около 200 человек). Данная программа обслуживает представителей сообщества, принадлежащих к разным культурам. Команда специалистов включает: врача-инфекциониста, специализирующегося на лечении ВИЧ/СПИДа (лидер группы), врача общей практики, медицинскую сестру, осуществляющую патронаж, психиатра-консультанта, аутрич-работника из числа равных (адвокат по приверженности), диетолога и других консультантов (по трудоустройству, координатора по направлению в другие службы, переводчика). В программе по повышению приверженности приняли участие 43 пациента, большинство из которых принадлежат к национальным меньшинствам. У более чем 60% пациентов диагностирована коинфекция ВГС, а более 75% пациентов имеют в анамнезе употребление наркотиков/психические расстройства. Мультидисциплинарная команда занимается разработкой обучающих материалов и руководств для пациентов, которые затем постоянно обновляются и переводятся на три языка. Вначале все пациенты приходят на консультацию к врачу-терапевту, где в течение 2–3 встреч обсуждают вопросы, связанные с ВААРТ. После посещения врача-терапевта пациенты встречаются с патронажной медсестрой, в задачу которой входят закрепление полученной информации и дальнейшее обучение соблюдению режима. Всем пациентам предлагаются услуги аутрич-работников, которые прошли специализированный тренинг по лечению и вопросам приверженности, супервизию за которыми осуществляет психиатр-консультант. В случае согласия аутрич-работник начинает регулярно посещать пациента. Патронажными услугами пользуются более 70% пациентов. Программа по обучению и поддержке включает в себя использование руководства, оценку лечебного режима и уровня приверженности, предоставление общей информации по ВИЧ-инфекции, энергичное направление в программы лечения психических расстройств и наркомании, назначение диет и организация психосоциальной помощи. Результаты программы демонстрируют эффективность многопрофильного подхода: более 75% пациентов, получающих ВААРТ, принимают участие в одном из компонентов программы; у 63% пациентов вирусная нагрузка была на неопределяемом уровне; у более 90% пациентов, которые смогли достичь неопределяемого уровня вирусной нагрузки, этот показатель сохранялся больше одного года; у 65% пациентов приверженность составила 100% в течение трех дней, а 56% пациентов пропускали одну дозу в неделю; пропущенные дозы были связаны с более низким знанием о ВИЧ-инфекции. По наблюдению авторов исследования, проводивших оценку программы, аутрич-работа является эффективной и ценной составляющей мультидисциплинарного подхода.

**Источник:** Hirschhorn L.R., Goldin S., Meehan T., et al. HAART to HEART: A multidisciplinary adherence support and evaluation program. Dimock Community Health Center, JSI Research and Training, Neponsett Health Center. October 2001, <http://haarttoheart.jsi.com>.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

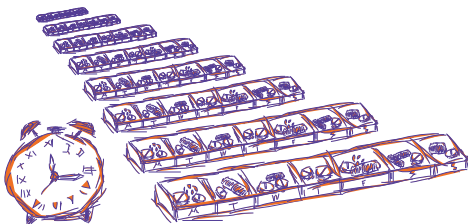
Приверженность антиретровирусной терапии среди людей, употребляющих наркотики, может быть эффективно повышена путем проведения программы профилактических вмешательств. Использование стратегий, направленных на повышение уровня знаний, стабилизацию эмоционального состояния, нормализацию социальной жизни и изменение поведения у потребителей инъекционных наркотиков, позволяет добиться тех же результатов лечения, что и среди пациентов других категорий. Поскольку в случае хронических заболеваний приверженность лечению со временем может снижаться (феномен, известный как «усталость от лечения»), программы воздействия должны постоянно модифицироваться и проводиться на стационарной основе. Преемственность ухода и поддержки (continuum of care), координация медицинских и социальных услуг и нестигматизирующее отношение — ключ к успешному лечению ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков.



## Приложение 1.

### СТРАТЕГИИ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВААРТ

Оценка приверженности лечению представляет собой трудную задачу как в клинической практике, так и в рамках научного исследования. Стремление количественно оценить уровни и виды медицинской приверженности находится в фокусе различных исследований, что уже привело к появлению многочисленных прямых и косвенных методов измерения. Принимая во внимание значимость точки зрения — начало и продолжение лечения являются процессом, включающим стадии изменения, — были разработаны инструменты оценки для «согласования» стратегий коммуникации с готовностью пациента к лечению. Некоторые из последних исследований по измерению уровня приверженности антиретровирусной терапии подтвердили идею о наличии независимой ассоциации между уровнем приверженности, о котором сообщает пациент, и этим же показателем, оцениваемым медицинским специалистом, где существует целый ряд переменных, оказывающих влияние на приверженность. Таким образом, области, которые необходимо изучить более подробно, включают в себя комбинацию отчетов со стороны пациента и врача и данные аптек по восполнению запасов медикаментов. С. Флекснер<sup>19</sup> пишет о том, что «в амбулаторных условиях нет способа измерить приверженность с абсолютной точностью». Несмотря на то что «золотой стандарт» для оценки приверженности может отсутствовать, есть несколько доступных стратегий, в каждой из которых можно найти как сильные, так и слабые стороны. Например:



<sup>19</sup> Flexner C. Practical treatment issues and adherence: Challenges from the clinic. *Clinical Care Options for HIV Treatment Issues*. Available at: [www.healthcg.com/hiv/treatment/icacac97/adherence/print.html](http://www.healthcg.com/hiv/treatment/icacac97/adherence/print.html)1997.

**Самоотчеты.** Используются три вида самоотчетов по приверженности лечению: анкетирование, опросы и дневники. Все они достаточно просты и не требуют значительных финансовых затрат. Но согласно результатам нескольких исследований, в самоотчетах имеется тенденция к завышению реального уровня приверженности. В одном из них, проведенном среди пациентов-гипертоников, при сопоставлении данных самоотчетов (дневники) с данными, полученными от упаковок с системой мониторинга лечения (Medication Event Monitoring System — MEMS), было обнаружено, что 67% пациентов завысили свой уровень приверженности. Исследователи также выяснили, что 39% дневниковых записей отличались от данных MEMS.

Исследователи, занимающиеся проблемой приверженности ВААРТ, выражают единогласие в том, что анкеты, в которых вопросы о пропущенных дозах касаются короткого промежутка времени (например, 1–4 дней), более надежны, чем анкеты, где пациента просят припомнить прием лекарств неделю назад или даже раньше.

**Оценка врачей.** По всей видимости, было проведено всего несколько исследований, где измерялось, насколько точно врачи оценивают фактическую или потенциальную приверженность собственных пациентов терапии. Предварительные данные, представленные в виде абстракта, указывают на то, что врачи переоценивают приверженность пациента антиретровирусному лечению.

**Подсчет капсул.** Одна из стратегий по оценке приверженности — посмотреть в контейнер для таблеток и подсчитать, сколько капсул должно оставаться, учитывая дату проверки, дозировку и последнее пополнение препаратов. Поскольку подсчет капсул часто происходит в кабинете врача, клиенты могут манипулировать количеством капсул перед визитом. Незапланированные визиты домой для подсчета капсул помогут получить более надежные данные. Независимо от того, где происходит подсчет, Рудд<sup>20</sup> сообщил о том, что еженедельный подсчет капсул продемонстрировал очевидную интерсубъективную и интрасубъективную вариативность, замаскированную долговременными средними величинами. Исследования в рамках «AIDS Clinical Trials Group» (ACTG) не обнаружили пользы от подсчета капсул при оценке приверженности антиретровирусной терапии.

**Пополнение запасов рецептурно выписываемых медикаментов.** Пополнение запасов медикаментов, назначаемых врачом по рецепту, может служить механизмом для проведения оценки приверженности антиретровирусной терапии. Теоретически аптекари могут сотрудничать с врачом и пациентом, информируя обе стороны о том, пополняются/не пополняются медикаменты в соответствии с предписанием. К сожалению, на практике столь тесное сотрудничество происходит редко, а пациенты не всегда пополняют свои запасы в одной и той же аптеке. Несмотря на то что пополнение запасов могло бы отслеживаться плательщиком, страховой полис часто меняется, а соответственно меняется и источник оплаты. Получить доступ к аптечной информации по-прежнему трудно, а соотношение между пополнением запасов и реальным приемом медикаментов не всегда ясно.

<sup>20</sup> Rudd P.; Byyny R.L.; Zachary V., LoVerde M.E.; Titus C., Mitchell W.D.; Marshall G. The natural history of medication adherence in a drug trial: limitations of pill counts. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, Aug, 46(2):169–76, 1989.

**Биологические пробы.** Для измерения уровня приверженности лечению могут использоваться анализы крови и мочи. В наличии имеются два типа анализов, однако их использование для мониторинга приверженности носит спорный характер. Основой маркерного теста является использование веществ-маркеров, которые добавляются к исследуемому веществу (обычно моче) с целью определения искомого вещества. Учитывая, что у большинства препаратов небольшой период действия, прямые и косвенные пробы могут измерить его соблюдение лишь в течение небольшого периода времени, непосредственно предшествующего тесту. Коммерческие биологические пробы для измерения уровней антиретровирусных препаратов и их метаболитов в настоящее время недоступны, что еще больше ограничивает эту жизнеспособную стратегию. Исследования, оценивающие комбинированные «баллы», полученные из анкет, заполненных самостоятельно, и показатели уровня ингибиторов протеазы (ИП) в плазме, подтвердили ценность показателя уровня ИП в плазме в качестве объективного маркера антиретровирусной терапии.

**Система мониторинга лечения** (Medication Event Monitoring System — MEMS). Некоторые специалисты считают, что крышечки флаконов для препаратов, снабженные системой мониторинга лечения, могут служить надежным методом для оценки приверженности лечению. Эти приспособления представляют собой специальные крышечки для флаконов, снабженные компьютерными чипами, которые надеваются на обычные контейнеры. Микрочип сохраняет в памяти дату и время каждого открытия и закрытия флакона. Также в набор входит батарейка длительного действия, которую нельзя отключить. Данные из чипа скачиваются в компьютер, который представляет информацию в виде таблицы, показывающей индивидуальную приверженность. Дж. А. Крамер и его коллеги<sup>21</sup> провели сравнение метода подсчета капсул и концентрации препаратов в плазме с данными MEMS и пришли к выводу, что ни концентрация препаратов в плазме, ни подсчет капсул не смогли бы определить частоту пропущенных доз у вновь диагностированных и хронических пациентов-эпилептиков, что удалось отследить при длительном наблюдении с помощью MEMS.

Данная стратегия может быть неадекватна, если пациенту назначается прием большого количества капсул и сложный режим терапии. В группе пациентов-гипертоников при сравнении данных, полученных методом подсчета капсул и MEMS, обнаружили, что метод определил всех пациентов как не соблюдающих режим. Исследователи из Калифорнийского университета в Сан-Франциско указывают на то, что данные MEMS оцениваются по баллам лишь тогда, когда система «открыта/закрыта», а многие пациенты, вместо того чтобы носить с собой весь флакон, берут лишь дневную дозу. С.М. Желетко и коллеги<sup>22</sup> изучали приверженность лечению зидовудином в амбулаторной СПИД-клинике и обнаружили, что показатели приверженности значительно отличаются в зависимости от источника данных. По результатам MEMS, показатель приверженности составил 9–100%, при подсчете капсул — 50–100%, при самоотчетах — 80–100%, а по оценкам врачей — 30–100%. Исследователи пришли к выводу, что «комбинация инструментов по оценке приверженности формирует более точное представление о приеме зидовудина и помогает выявить ошибки пациента».

<sup>21</sup> Cramer J.A., Mattson R.H., Prevey M.L., Scheyer R.D. & Ouellette V.L. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA*, 261: 3273–3277, 1988.

<sup>22</sup> Geletkko S.M., Segarra M., Ravin D.S. & Babich M.P. Zidovudine adherence as measured by different methods in an HIV ambulatory clinic. *J Pharm Tech*, 12: 105–108, 1996.

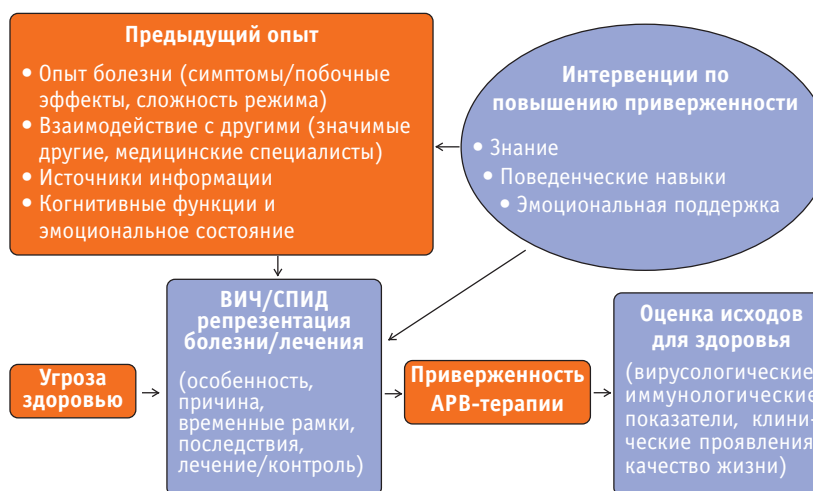
**Терапия прямого наблюдения (ТПН).** Терапия прямого наблюдения интенсивно применяется для лечения туберкулеза и в психиатрических клиниках. Ключевой компонент ТПН состоит в том, что определенный человек наблюдает, как пациент принимает лекарство. Учитывая частоту приема лекарственных средств при ВИЧ-инфекции, ТПН может быть невыполним. По мере создания препаратов, рассчитанных на один или два приема, данный подход может оказаться полезным.

**Источник:** Adherence to HIV Treatment Regimens: Recommendations for Best Practices. American Public Health Association, June 2002.

## Приложение 2.

### МОДЕЛЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Главной теоретической предпосылкой модели саморегуляции является идея, что каждый человек стремится понять собственное заболевание путем конструирования модели (репрезентации) заболевания, его причин, симптомов, продолжительности, вероятности излечения и возможности контроля над его ходом. Формирование такого представления происходит при помощи уникального опыта переживания симптомов и эпизодов болезни, а также информации, приобретенной через социальные и культуральные связи. Считается, что пациенты должны обладать мотивацией на регулирование или минимизирование собственных рисков для здоровья в соответствии с представлением о них. В данном контексте приверженность АРВ-терапии зависит от того, является ли она логичной в системе восприятия болезни пациента.



**Предыдущий опыт, репрезентация заболевания (ВИЧ-инфекции) и опыт приверженности лечению.** Как неоднократно указывалось в научной литературе, побочные эффекты, вызванные приемом антиретровирусных препаратов, являются одной из главных причин отказа от дальнейшего лечения. Если пациент воспринимает конечный результат лечения как негативный, он способен пропустить дозу или даже прекратить лечение вообще (стратегия преодоления этих эффектов). Несоблюдение режима терапии (низкая приверженность) может быть вызвано как самими побочными эффектами, так и страхом относительно появления таковых. В рамках модели саморегуляции человек будет более привержен лечению, если у него будет уверенность, что соблюдение режима, несмотря на побочные эффекты, предотвратит возникновение негативных последствий для состояния здоровья.

**Взаимодействие с другими.** Отношения «врач–пациент» составляют один из наиболее значимых факторов, оказывающих влияние на приверженность терапии. Приверженность терапии со стороны пациента повышается тогда, когда врач дает четкие объяснения и подробно информирует о потенциальных побочных эффектах, формирует мотивацию и предоставляет эмоциональную поддержку. Социальная поддержка со стороны родственников и друзей (так называемых значимых других) играет двойную роль в повышении приверженности терапии: во-первых, наличие другого человека помогает сформировать репрезентацию заболевания, более созвучную желанию быть приверженным лечению; во-вторых, служит напоминанием о необходимости соблюдения режима. Кроме того, социальная поддержка помогает пациентам справиться с побочными эффектами и тем самым увеличивает их приверженность ВААРТ.

**Источники информации.** Несмотря на существование многочисленных источников информации по ВИЧ/СПИДу (средства массовой информации, интернет, медицинская литература), некоторые пациенты полагают, что их недостаточно информируют о лечении антиретровирусными препаратами и его побочных эффектах. Иногда врачи неохотно предоставляют информацию из-за боязни спровоцировать у пациента синдром ожидания и, как следствие, появление побочных эффектов. Однако, как показала практика, информация, которая укрепляет уверенность пациента в том, что он может справиться с заболеванием, повышает вероятность соблюдения режима терапии. Информация, которая помогает сформировать адекватное представление (репрезентацию) о лечении, сокращает разрыв между ожиданиями и реальным опытом и формирует представление о том, что с заболеванием можно справиться, будет способствовать соблюдению режима терапии.

**Когнитивные функции и эмоциональное состояние.** Когнитивные и эмоциональные факторы оказывают значимое влияние на пациента, поддерживая либо препятствуя таким видам поведения, которые направлены на сохранение здоровья. Когнитивные аспекты включают: понимание хронической природы заболевания и его потенциальных последствий, понимание медицинских инструкций и предписаний, четкое представление о необходимости соблюдения графика приема препаратов и способность своевременно вспомнить о том, что их надо принять. Забывчивость является причиной, которая чаще остальных приводится пациентами как оправдание несоблюдения режима. С несоблюдением режима, как правило, у пациентов четко ассоциирована депрессия. Согласно модели саморегуляции, негативное эмоциональное состояние, накладываясь на неприятные физические симптомы заболевания, формирует неадекватное представление о заболевании, которое, в свою очередь, отрицательно сказывается на приверженности. Пациенты, вынужденные бороться со стрессом, не в состоянии эффективно применять стратегии, направленные на решение конкретных проблем, связанных с лечением.

**Значение для клинической практики.** В соответствии с теорией саморегуляции, для эффективного соблюдения режима лечения пациентам необходимы такие программы вмешательства, которые бы содержали максимально полную информацию по АРВ-терапии, что является необходимым для подготовки пациента к лечению и в дальнейшем возможности анализировать и эффективно справляться с проблемами, препятствующими соблюдению режима. Эффективный подход должен включать *информацию, обучение навыкам и эмоциональную поддержку*. Простое обучение новым навыкам не будет «работать», если не были затронуты репрезентации болезни, формирующие нынешние стратегии преодоления проблем.

**Источник:** Reynolds N.R. The problem of antiretroviral adherence: a self-regulatory model for intervention., *AIDS Care*, vol. 15(1), 2003.

## Приложение 3.

### СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВААРТ

#### Стратегии, сфокусированные на пациенте

1. Проводите диагностику депрессии у всех пациентов перед началом ВААРТ. Если депрессия выявлена, назначьте лечение и стабилизируйте эмоциональное состояние пациента до начала ВААРТ.
2. Проводите диагностику наркологических заболеваний и мотивируйте пациента на лечение. Если пациент не готов к наркологическому лечению, но намерен получать ВААРТ, используйте разнообразные стратегии для повышения его возможностей успешно придерживаться режима терапии. Вы можете рассмотреть возможность включения пациента в программу терапии прямого наблюдения [ТПН] (если таковая доступна) или создать ситуацию, при которой препараты будут выдаваться непосредственно в руки пациенту.
3. Делайте все возможное, чтобы помочь пациенту стабилизировать жизненную ситуацию и систему социальной поддержки<sup>23</sup>. Составьте четкое представление о его условиях жизни, стабильности текущей ситуации и

<sup>23</sup> Стабилизация жизненной ситуации и ежедневное следование определенному расписанию (формирование рутинной деятельности) могут оказаться полезными для соблюдения режима приема медикаментов. В одном из исследований было показано, что пять привычных мероприятий: завтрак, просмотр любимых передач по телевизору, посещение собраний, ночевка дома и более редкие встречи с друзьями — четко ассоциированы с повышенной приверженностью антиретровирусному лечению. Рекомендации пациенту по структурированию режима дня могут стать хорошей стратегией для повышения приверженности лечению. (Wagner G.J., Ryan G.W. Relationship between routinization of daily behaviors and medication adherence in HIV-positive drug users. Abstract, *AIDS Patient Care STDS*, Jul.18(7):385–93, 2004).

наличии «значимых других». Сотрудничайте с патронажным или социальным работником для эффективного решения данных проблем.

4. Проанализируйте взгляды и представления пациента относительно ВААРТ. Если у пациента сформировались негативные представления о ВААРТ, или он не верит в эффективность препаратов, рассмотрите возможность привлечения групп поддержки, «равных» консультантов или т.н. «treatmet-buddy» (людей из ближайшего окружения пациента — например, членов его семьи, друзей и т.д., — которым пациент полностью доверяет и которые безусловно заинтересованы в предоставлении ему ВААРТ).
5. Проанализируйте настрой и готовность пациента начать ВААРТ, предоставьте ему информацию и время для решения возникающих проблем. Помните, что ситуация, когда необходимо срочно назначить ВААРТ, встречается редко. Целесообразнее начинать лечение тогда, когда пациент готов к нему.
6. Сделайте так, чтобы пациент принимал участие в выборе и формировании индивидуально подобранного режима терапии. Пусть он поможет вам выбрать режим, который можно легко адаптировать к его стилю жизни.
7. Предоставляя образовательные материалы пациентам, помните об их навыках чтения и родном языке. Объясняя схемы приема препаратов, максимально используйте иллюстративный материал, особенно фотографии. Не забывайте спросить пациента о его родном языке и навыках чтения до предоставления информационных материалов.
8. В целом ряде исследований была показана эффективность структурированных, индивидуально подобранных или групповых образовательных занятий по антиретровирусным препаратам, механизме их действия, важности соблюдения режима терапии и стратегий по повышению приверженности лечению. Такие занятия могут проводиться медицинской сестрой, аптекарем или другим членом команды по ведению пациента либо индивидуально, либо в группе.
9. С помощью пациента определите человека (члена семьи, друга или сексуального партнера), который будет помогать пациенту принимать препараты и соблюдать режим терапии. Это станет своего рода социальной поддержкой, которая необходима для повышения приверженности лечению.
10. Стремясь повысить приверженность, уделяйте внимание личностным факторам. Никогда не используйте персональные характеристики, которые пациенты не могут изменить (такие, как национальность или факт наличия маленьких детей в семье), в качестве причины отказа от назначения ВААРТ. Наоборот, используйте эти факторы как стимул для предоставления даже более интенсивной поддержки.

## Стратегии, сфокусированные на режиме лечения

1. Упростите режим терапии настолько, насколько это возможно, сохраняя при этом необходимый терапевтический потенциал. Сформируйте такой режим лечения, при котором необходимо принимать меньше капсул и меньше доз и который сводит до минимума ограничения, связанные с продуктами питания.
2. Подберите режим ВААРТ на индивидуальной основе; привлечите пациента к выбору режима, который наиболее подходит его или ее стилю жизни. Не придерживайтесь философии «один режим подходит всем».
3. Выбирайте режим с наименьшим количеством побочных эффектов. Там, где есть возможность, не назначайте препараты, известные своими чрезвычайно неприятными побочными эффектами.
4. Активно устраняйте побочные эффекты. Сообщите пациенту о том, какие побочные эффекты могут появиться и как с ними можно справиться.
5. Не важно, насколько простым или сложным является режим терапии, убедитесь в том, что пациенты четко понимают, как надо принимать препараты. Непонятность графика приема лекарств является главной причиной субоптимального уровня приверженности. В этой связи предоставление графика приема препаратов в виде фотографий может быть очень полезным. Кроме того, оказывайте помощь пациенту в своевременном пополнении «органайзера лекарств» (ящичка, содержащего набор лекарств, рассчитанных на 7 дней).
6. Будьте восприимчивы к просьбе пациента изменить режим терапии из-за наличия побочных эффектов.

## Стратегии, сфокусированные на медицинское окружение и специалиста, предоставляющего помощь

1. Разработайте список мероприятий по повышению приверженности, которые могут быть предложены каждому пациенту, включая оценку готовности пациента к ВААРТ, разъяснение важности соблюдения режима и знание последствий его нарушения, индивидуально составленные инструкции по приему препаратов с их фотографиями, план структурированной оценки приверженности и методы преодоления выявленных проблем, связанных с соблюдением режима.

2. Дайте пациенту время и возможность сформировать теплые и дружественные отношения с вами, даже если он еще не получает ВААРТ или не чувствует себя готовым к лечению.
3. Рассмотрите возможность направления в программы терапии прямого наблюдения (ТПН) тех пациентов, у которых имеются особые проблемы с соблюдением режима, например активных потребителей наркотиков или бездомных людей, которые выразили намерение начать ВААРТ.
4. Постарайтесь, насколько возможно, быть дружелюбным. Обеспечьте такие условия, при которых пациенты легко могли бы позвонить и получить ответы на возникшие вопросы, а в случае появления проблем незамедлительно попасть на прием без наличия предварительной договоренности или записи.
5. Если есть возможность, пользуйтесь услугами междисциплинарной команды по уходу, с тем чтобы медсестры, специалисты патронажной службы, аптекари и консультанты из числа равных были доступны для координирования мероприятий по повышению приверженности. Наличие такой команды также повышает вероятность, что пациенты смогут найти кого-то, с кем им станет удобно общаться, у кого они смогут получить необходимую информацию по лекарствам.
6. Запланируйте интенсивные и частые визиты пациентов на прием в первый месяц лечения. Сделайте акцент на выявлении и решении проблем, связанных с соблюдением режима и переносимостью лекарств. Эти визиты могут быть также использованы для ранней оценки уровня приверженности и закрепления правильного выполнения графика приема препаратов.
7. Предоставьте пациентам возможность использовать приборы, напоминающие о времени приема препаратов (биперы, часы с сигналом, «органайзеры лекарств»), если они предполагают, что это им поможет. Не забывайте инструктировать пациентов о правилах пользования данными приборами.
8. Продолжайте оценивать приверженность во время каждого визита пациента. С каждым пациентом обсуждайте вопросы приверженности. Помните, что после длительного приема антиретровирусных препаратов может появиться «усталость от лечения». В этой связи на всем протяжении курса АРВ-терапии следует особое внимание уделять вопросам приверженности.

**Источник:** Stone V.E. Strategies for Optimizing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Lessons from Research and Clinical Practice. *Clinical Infectious Diseases*, volume 33:865–872, 2001.

## Приложение 4.

### ГРУППЫ САМОПОМОЩИ

«Группа самопомощи комплектуется из людей, имеющих одинаковые проблемы или оказавшихся в похожей жизненной ситуации, обратившихся самостоятельно или посредством родственников или друзей. Обмен опытом позволяет участникам группы оказывать взаимную поддержку уникального качества и объединить практическую информацию и способы преодоления кризисов. Группы проводятся самими участниками. Некоторые группы расширяют свою деятельность: например, предоставляют услуги людям, столкнувшимся с той же проблемой или оказавшимся в той же жизненной ситуации; проводят кампанию, направленную на изменение отношения к проблеме. Иногда по просьбе группы в том или ином качестве также могут принимать участие профессионалы»<sup>24</sup>.

Группы самопомощи, организованные в рамках деятельности по борьбе со СПИДом, отличаются друг от друга. Некоторые из них (как правило, небольшие группы) имеют достаточно стабильный состав участников. В других количество участников измеряется сотнями. Очень важно, чтобы перед созданием группы участники уже имели некоторое представление о ее будущем развитии.

Кто-то из участников будет часто посещать группы самопомощи, станет активным потребителем их услуг. Кто-то, возможно, предпочтет менее активную и менее заметную роль. Группа всегда будет отличаться по гендерной и национальной принадлежности, социальному происхождению, профессии и т.д., а также по продолжительности жизни с ВИЧ/СПИДом. Потребности людей, которым недавно поставили диагноз, будут отличаться от тех, которые живут с ВИЧ многие годы. Данные различия могут оказаться как источником сотрудничества, так и источником определенного непонимания. Ключевой элемент любой группы самопомощи — встречи ее членов. Группы являются тем безопасным местом, где люди могут рассказать друг другу свои истории, обсудить проблемы, вместе попытаться найти возможности их решения. Формальные заседания и группы поддержки могут привести к формированию неформальных сетей поддержки. Если вы думаете о каком-либо мероприятии, не ждите, что кто-то его организует, — действуйте сами. Задача группы самопомощи — подтолкнуть к этому. Одной из целей любой группы самопомощи должно стать стремление уменьшить изоляцию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

<sup>24</sup> What is the self help group? <http://www.selfhelp.org.uk/whatis.htm>

Некоторые группы могут быть «временными», так как организованы для решения конкретных, текущих потребностей. Когда проблемы исчерпаны, такая группа начинает постепенно «сворачивать» свою деятельность, но поддержка продолжает оказываться через сеть сформировавшихся контактов.

Если группа начинает предоставлять дополнительные услуги для своих членов, становится труднее определить понятие «самопомощь». Большинство групп стараются предоставить участникам информацию относительно ВИЧ и СПИДа, новости по лечению, клиническим испытаниям и т.д. Они часто разрабатывают и издают бюллетени, приглашают на заседания гостей, предлагают практическую поддержку по вопросам социального обеспечения, оказывают небольшую финансовую помощь, а также предлагают целый ряд дополнительных услуг, таких как массаж, уход за ребенком, транспортировка и др. Данные услуги, бесспорно, приносят пользу участникам и оправдывают существование группы для потенциальных доноров. Но они несколько «смазывают» имидж самопомощи. Большие проекты, подобные дроп-ин центрам, выводят группу далеко за пределы традиционного понимания самопомощи и потому требуют серьезных финансовых и организационных затрат. Это может привести к направлению, известному как «предоставление услуг», что способно демотивировать людей, которые пришли в группу, организованную именно с целью их мотивации. Так или иначе, предоставление услуг — вполне законный путь для развития групп самопомощи. Для того чтобы сервис не стал оказывать негативного влияния, необходимо, чтобы члены группы принимали участие во всех аспектах: ремонтные работы, оформление помещения, приготовление еды и т.д. Во время представления группе нового участника ему необходимо объяснить этику самопомощи. В первую очередь, обратите внимание на то, что, хотя группа и предлагает определенные услуги, основа ее философии — в самостоятельности: человек не должен рассчитывать, что с ним будут постоянно «нянчиться». Для этого существуют другие учреждения.

**Источник:** A Manual for self-help groups of people who are living with HIV. Network of Self-Help HIV & AIDS Groups. Edited by Stephanie Elsy, 1998 Edition.

## Приложение 5. СКООДИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД КОМАНДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ К ВЕДЕНИЮ ПИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ/СПИДОМ

Проблема	Член команды	Стратегии и цели
Недоверие к медицинским структурам	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Специалист по лечению ВИЧ</li> <li>• Помощник из группы «равных»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отношение должно быть участливым, добрым, должна чувствоваться заинтересованность в оказании помощи</li> <li>• Определить ближайшие и долгосрочные цели</li> <li>• Сформулировать четкие правила и ожидания относительно поведения клиентов</li> <li>• Координировать работу команды</li> <li>• Решать медицинские вопросы, требующие незамедлительного внимания</li> <li>• Проводить антиретровирусное лечение, где это возможно</li> </ul>
Активное употребление наркотиков	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультант</li> <li>• Психиатр</li> <li>• Групповая терапия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработать план действий (детоксикация, реабилитация, профилактика рецидивов)</li> <li>• Проводить поддерживающую терапию метадонном, LAAM и др.</li> <li>• Участвовать в группах «Анонимные алкоголики/наркоманы»</li> <li>• Минимизировать влияние пусковых (триггерных) факторов</li> </ul>
Бедность, нестабильное жилье, отсутствие страховки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Социальный работник</li> <li>• Аутрич-работник</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Создать план по медицинскому уходу с учетом приоритета проблем</li> <li>• Направить пациента в соответствующие службы</li> <li>• Отслеживать дальнейшую судьбу пациента</li> </ul>
Психические расстройства	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Психиатр</li> <li>• Консультант</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностировать нелеченные ранее расстройства</li> <li>• Назначать фармакотерапию</li> <li>• Проводить познавательную-поведенческую терапию для лечения расстройств личности</li> </ul>

**Источник:** Lucas G. Management of HIV infection in injection-drug users. In: Phair J.P., King E., eds. *HIV/AIDS Annual Update 2002*. Milford, Mass: iMedOptions, LLC. 2001; 137—139. (Цит. по: Г. Лукас. Ведение потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДОМ/ Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков. — М., «СПИД Фонд Восток-Запад», 2003).

## БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Jensen-Fangel S., Pedersen L., Pedersen C., et al. Low mortality in HIV-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a comparison with the general population. *AIDS* 2004;18(1):89-97.
2. Paterson D., Swindells S., Mohr J. How much adherence is enough? 6<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Jan. 31-Febr. 4, 1999.
3. Montessori V., Press N., Harris M., Akagi L., Montaner J.S.G. Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection. *CMAJ* January 20, 2004; 170 (2).
4. Witteveen E., van Ameijden E.J. Drug users and HIV-combination therapy (HAART): factors which impede or facilitate adherence. *Subst Use Misuse*. 2002;37(14):1905-25.
5. HIV Medicine 2003 by Albrecht, Hoffmann and Kamps (Editors), <http://www.hivmedicine.com>.
6. Draft British HIV Association (BHIVA) / Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD) guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral therapy (2002), <http://www.aidsmap.com>.
7. King V.L., Kidorf M.S., Stoller K.B., Brooner R.K. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis* 2000; 19:65-83.
8. Woody G.E., Metzger D., Navaline H., McLellan T., O'Brien C.P. Psychiatric symptoms, risky behavior, and HIV infection. *NIDA ResMonogr* 1997; 172:156-70.
9. Bing E.G., Burnam M.A., Longshore D., et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus—infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:721-8.
10. Turrina C., Fiorazzo A., Turano A., et al. Depressive disorders and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug-users. *J Affect Disord* 2001; 65:45-53.
11. Bouhnik A.D., Chesney M., Carrieri P., Gallais H., Moreau J., Moatti J.P., Obadia Y., Spire B., and the MANIF 2000 Study Group. Nonadherence Among HIV-Infected Injecting Drug Users: The Impact of Social Instability. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 31:S149-S153, 2002.
12. Palepu A., Tyndall M., Yip B., O'Shaughnessy M.V., Hogg R.S., Montaner J.S. Impaired Virologic Response to Highly Active Antiretroviral Therapy Associated With Ongoing Injection Drug Use. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: Volume 32(5)* 15 April 2003 pp 522-526.

13. Lucas G. Management of HIV infection in injection-drug users. In: Phair JP, King E, eds. *HIV/AIDS Annual Update 2002*. Milford, Mass: iMedOptions, LLC. 2001; 137-139. (Цит. по: Г. Лукас. Ведение потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом/ Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков. — М., «СПИД Фонд Восток-Запад», 2003).
14. Celentano D.D., Galaia N., Sethi A.K., Shah N.G., Strathdee S.A., Vlahov D., Gallantb J.E. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS*. 2001 Sep 7;15(13):1707-15.
15. HIV Prevention case management. Guidance. September 1997. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Prevention.
16. Gordillo V., del Amo J., Vicente S., González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS: Volume 13(13)* 10 September 1999 pp 1763-1769.
17. Reif S. Adherence Counseling Practices of HIV/AIDS Case Managers. Abstract #27210. The 129th Annual Meeting of APHA Atlanta, GA Oct 21-25, 2001.
18. Fischl M, Rodriguez A, Scerpella E, et al. Impact of directly observed therapy on outcomes in HIV clinical trials. Abstract. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA, 2000.
19. Clarke S., Keenan E., Ryan M., Barry M., Mulcahy F. Directly Observed Antiretroviral Therapy for Injection Drug Users With HIV Infection. *AIDS Read* 12(7):305-316, 2002.
20. Mitty J.A., Macalino G., Taylor L., Harwell J.I., Flanigan T.P. Directly Observed Therapy (DOT) for Individuals With HIV: Successes and Challenges. *Medscape General Medicine* 5(1), 2003.
21. Altice F.L., Mezger J.A., Hodges J., Bruce R.D., Marinovich A., Walton M., Springer S.A., Friedland G.H. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. Abstract. *Clin Infect Dis*. 2004 Jun 1;38 Suppl 5:S376-87.
22. Liechty C.A., Bangsberg D.R. Doubts about DOT: antiretroviral therapy for resource-poor countries. *AIDS* 2003, 17:1383-1387.
23. Orrell C., Bangsberg D.R., Badri M., Wood R. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy treatment outcomes in south Africa. 2003, *AIDS*. 17:1375-1381.
24. Dunbar P.J., Madigan D., Grohskopf L.A., Revere D., Woodward J., Minstrell J., Frick P.A., Simoni J.M., Hooton T.M. A Two-way Messaging System to

- Enhance Antiretroviral Adherence. *J Am Med Inform Assoc.* 2003 January; 10 (1): 11–15.
- 25.** Safren S.A., Hendriksen E.S., DeSousa N., et al. Twelve week out-come of a cue-controlled paging system to increase ART adherence. Presented at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, 2002.
- 26.** Andrade A., Davis H., Celano S., et al. Intervention trial using a novel electronic device in HAART initiators: impact of cognitive dysfunction. Presented at the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 2001.
- 27.** Collier A.C. et al. Randomized study of telephone calls to improve adherence to antiretroviral therapy. Ninth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, abstract 540-T, 2002.
- 28.** Weiss L., French T., Finkelstein R., Waters M., Mukherjee R., Agins B. HIV-related knowledge and adherence to HAART. *AIDS Care.* 2003 Oct;15(5):673-9.
- 29.** Tuldra A., Wu A.W. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 Dec 15;31 Suppl 3:S154-7. Review.
- 30.** Broadhead R.S., Heckathorn D.D., Altice F.L., van Hulst Y., Carbone M., Friedland G.H., O'Connor P.G., Selwyn P.A. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Soc Sci Med.* 2002 Jul;55(2):235-46.
- 31.** Altice F.L., Springer S., Buitrago M., Hunt D.P., Friedland G.H. Pilot study to enhance HIV care using needle exchange-based health services for out-of-treatment injecting drug users. Abstract. *J Urban Health.* 2003 Sep;80(3): 416-27.
- 32.** Ball J.C., Lange W.R., Myers C.P., Friedman S.R. (1998) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 214-226.
- 33.** Moss A.R., Vranizan K., Gorter R., Bacchetti P., Watters J., Osmond D. (1994). HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco 1985-1990. *AIDS*, 8, 223-231.
- 34.** Serpelloni G., Carrieri M.P., Rezza G., Morganti S., Gomma M., Binkin N. (1994). Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: A nested case control study. *AIDS Care*, 16, 215-220.
- 35.** Avants S.K., Margolin A., Warburton L.A., Hawkins K.A., Shi J. Predictors of nonadherence to HIV-related medication regimens during methadone stabilization. Abstract. *Am J Addict.* 2001 Winter;10(1):69-78.
- 36.** Clarke S., Keenan E., Ryan M., Barry M., Mulcahy F. Directly observed anti-retroviral therapy for injection drug users with HIV infection. Abstract. *AIDS Read.* 2002 Jul;12(7):305-7, 312-6.

- 37.** Moatti J.P., Carrieri M.P., Spire B., Gastaut J.A., Cassuto J.P., Moreau J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS* 2000; 14:151–5
- 38.** Adamian M.S., Golin C.E., Shain L.S., DeVellis B. Brief motivational interviewing to improve adherence to antiretroviral therapy: development and qualitative pilot assessment of an intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2004 Apr;18(4):229-38.
- 39.** DiIorio C., Resnicow K., McDonnell M., Soet J., McCarty F., Yeager K. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2003 Mar-Apr;14(2):52-62.
- 40.** Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Kerrigan D, Strathdee SA, Monteiro M, Bastos FI. Case management of human immunodeficiency virus-infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. *Clin Infect Dis.* 2003 Dec 15;37 Suppl 5:S386-91.
- 41.** Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D., et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA.* 2001;285:1466-1474.
- 42.** Evans D.L., Ten Have T.R., Douglas S.D., et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1752-1759.
- 43.** Reiter G.S., Bangsberg, Race E.M.R., Sharma R., Wong M.T. Optimizing HIV Therapy for Patients With Comorbidities, <http://www.medscape.com>.

**Саранков Юрий Анатольевич**

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ  
(ВААРТ) СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ:  
ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.  
ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

Верстка *И. Никольский*

Подписано в печать

«СПИД Фонд Восток-Запад» (*AFEW*)



**Веб-сайт:** <http://www.afew.org>

**Эл. почта:** [info@afew.org](mailto:info@afew.org)

Издано в рамках проекта ГЛОБУС



Вопросы, представленные в данном издании, могут предназначаться исключительно для целевой аудитории. Упоминание в материалах издания каких-либо компаний, лекарственных препаратов или способов их применения не означает, что *AFEW* рекомендует или отдает предпочтение именно этим компаниям, лекарственным препаратам или способам их применения.

*AFEW* настоятельно советует читателям и лицам, участвующим в программах обучения, тщательно проверять любую информацию и не применять на практике полученные из данного источника сведения без предварительной консультации специалиста.

*AFEW* не несет ответственности за точность и полноту публикуемых материалов, а также за любые действия, предпринятые вследствие их публикации. *AFEW* не несет юридической и иной ответственности за возможные последствия использования опубликованной информации третьими лицами.

© «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West — AFEW*), 2005 г.

Все права защищены.

Воспроизведение, передача, распространение или дублирование любой части содержащихся в публикации материалов допускается при условии их некоммерческого использования в дальнейшем. Ссылка на «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West — AFEW*) обязательна. Нарушение авторских прав будет преследоваться в соответствии с законодательством Российской Федерации и международной правовой практикой.