# ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ

УДК 159.9:614.445:316.6

## ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ВААРТ

*А.В.Шаболтас*
Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

## INDIVIDUALIZED CASE MANAGEMENT OF INJECTION DRUG USERS IN NEED FOR HAART

*A.V.Shaboltas*
Saint-Petersburg University, Saint Petersburg, Russia

© А.В.Шаболтас, 2014 г.

Представлены результаты долгосрочного исследования приемлемости и эффективности использования технологии индивидуализированного кейс менеджмента для сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), нуждающихся в высокоактивной антиретровирусной терапии. В течение 8 месяцев сопровождения 60 пациентов страдающих сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и наркозависимости, были получены доказательства успешности программы для формирования готовности к лечению, приверженности и эффективности ВААРТ. Включение в программу кейс менеджмента непрофессиональных помощников (родственников или других близких людей) представляется перспективным методом повышения эффективности медико-социального и психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных пациентов с наркозависимостью.
**Ключевые слова:** потребители инъекционных наркотиков, ВИЧ, высокоактивная антиретровирусная терапия, кейс менеджмент.

A pilot longitudinal study of the feasibility and effectiveness of individualized case management of HIV-infected injection drug users (IDUs) in need for highly active antiretroviral therapy (HAART) is being carried out at present. By 8 months of following-up of 60 patients with combined HIV-infection and drug-dependence, the program shows effectiveness with regard to developing of commitment to therapy and adherence to HAART and the efficacy of HAART. Recruiting of nonprofessional help provides, such as family members and friends, is a promising approach to increasing the effectiveness of medical, social and psychological following-up of HIV-infected IDUs.
**Key words:** injection drug users, HIV, highly active antiretroviral therapy, case management.

**Введение.** В настоящее время в России наблюдается один из самых высоких уровней распространенности инъекционной наркомании в мире — почти 1,8% взрослого населения[1, 2]. Более 50% новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией связаны с инъекционным (парентеральным) путем передачи [3–6].

Назначение ВИЧ-инфицированным пациентам пожизненной высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) предполагает готовность строго соблюдать режим приема препаратов [7]. Высокий уровень приверженности терапии определяет возможность сохранения посредством ВААРТ удовлетворительного иммунного статуса, низкой вирусной нагрузки ВИЧ и, следовательно, продолжительности жизни, соизмеряемой с длительностью продолжительности жизни у лиц без ВИЧ-инфекции [8–12].

Несмотря на то, что ПИН составляют около половины ВИЧ-инфицированных в России, в группе лиц, получающих ВААРТ, лишь 6% приходится на ПИН [13]. Низкая приверженность любым видам лечения является одним из основных барьеров для назначения и начала ВААРТ у ПИН [14, 15]. Сам по себе статус потребителя инъекционных наркотиков не является барьером для применения ВААРТ с точки зрения медицинских показаний. Более того, пациенты ПИН, находящиеся в ремиссии или в программах реабилитации демонстрируют более высокую

приверженность ВААРТ по сравнению с ВИЧ-инфицированными без опыта употребления наркотиков [16].

Специфика личностных особенностей, состояния здоровья и актуальной социально-экономической ситуации ВИЧ-инфицированных ПИН часто приводит к неспособности самостоятельно разрешить имеющиеся проблемы, включая адаптацию к диагнозу и формирование приверженности терапии. Социальное сопровождение является на сегодняшний день одной из основных технологий работы с ВИЧ-позитивными пациентами за рубежом, а также активно внедряется в Российской Федерации [17–19].

Повышение эффективности лечения ВИЧ и наркозависимости при помощи кейс менеджмента при работе с ВИЧ-инфицированными ПИН неоднократно подтверждалось в зарубежных исследованиях [20, 21]. Вовлечение в сопровождение ВИЧ-инфицированных членов социальных сетей, друзей или родственников также демонстрирует положительные результаты [27–29].

Положительный эффект использования технологии кейс менеджмента для удержания ВИЧ-инфицированных ПИН в сопровождении в России был показан в рамках международного долгосрочного когортного исследования в Санкт-Петербурге [4, 30, 31].

**Материалы и методы исследования.** Участники исследования. В качестве критериев включения в исследование использовались следующие показатели: наличие ВИЧ-инфекции; активное наркопотребление (в течение последних 6 месяцев); показания к началу ВААРТ или ранняя стадия лечения (не более 3 месяцев); возможность привлечь в качестве помощника члена семьи или друга, готового активно содействовать сопровождению; готовность пройти программу краткосрочной детоксификации (10 дней) в стационаре Городской наркологической больницы.

*Исследовательские процедуры.* Первый регистрационный визит для каждого участника включал несколько процедур: информированное согласие; полустандартизированное интервью, в ходе которого заполнялся опросник оценки рискованных поведенческих практик в сфере здоровья (опыт употребления наркотиков, сексуальное поведение, профилактическое поведение); физический осмотр; оценка характеристик психического состояния и переживаний с использованием зрительноаналоговых шкал; тестирование мочи на наличие наркотиков; дыхательный тест на наличие алкоголя. Для первичной оценки иммунного статуса проводилось тестирование крови на количество CD4-лимфоцитов и вирусную нагрузку. Вирусная нагрузка определялась с нижней границей 50 копий/мл с использованием тест-системы «Roche RNA PCR 1.5», количество CD4-лимфоцитов с использованием FACS. На каждого участника и помощника собиралась детальная контактная информация для социального сопровождения.

В ходе первичного визита каждый участник знакомился с социальным работником и психологом, ответственными за разработку и реализацию индивидуального плана сопровождения, включая коммуникацию с участником, помощником и врачами — инфекционистами и наркологами. С целью своевременного осуществления визитов для регулярного психологического консультирования, медицинского осмотра со стороны инфекциониста и нарколога, а также получения месячного набора ВААРТ социальный работник и психолог связывались с участником и помощником по телефону или совершали домашние визиты, что было особенно актуально в случае пропуска визитов. Опоздание на назначенный визит больше чем на одну неделю рассматривалось как пропущенный визит, если участник не предупреждал о задержке заранее. Минимум один раз в месяц, а в случае кризисных ситуаций значительно чаще, социальный работник взаимодействовал с помощником для обсуждения текущего статуса сопровождения, сложностей и актуальных задач лечения. Общение с врачами выстраивалось с позиции индивидуального подхода к каждому участнику и его/ее конкретной жизненной ситуации.

Контрольные визиты сопровождения назначались один раз в две недели в течение 8 месяцев исследования. В ходе визитов сопровождения осуществлялись: интервью для оценки текущего рискованного поведения, включая употребление наркотиков, приверженности ВААРТ и социальных рисков; физический осмотр для оценки статуса наркопотребления; тестирование мочи на наличие и дыхательный тест на алкоголь. Во время каждого визита сопровождения проводилось психологическое консультирование, сфокусированное на лечении наркозависимости и ВИЧ-инфекции, включая соблюдение режима ВААРТ. Визиты за препаратами ВААРТ назначались врачом-инфекционистом по индивидуальному плану в диапазоне от одного раза в месяц до одного раза в три месяца. Контрольные визиты, включающие аналогичное первому визиту полуструктурированное интервью для оценки поведенческих рисков и психологического статуса, тестирование крови на показатели иммунного статуса и вирусную нагрузку, проводились через 4 и 8 месяцев после начала сопровождения.

*Показатели эффективности.* Уровень удержания (сохранения) в программе был разделен на три категории в зависимости от количества совершенных визитов: 1-й уровень — строгое соблюдение всех назначенных визитов, включая последний контрольный визит через 8 месяцев (группа полной приверженности); 2-й уровень — соблюдение большинства исследовательских и клинических визитов, включая последний контрольный (группа высокой приверженности); 3-й уровень — прерывание ВААРТ до окончания 8-месячного периода сопровождения с соблюдением последнего контрольного визита (группа низ-

кой приверженности). Приверженность ВААРТ и эффективность лечения оценивались по динамике показателей иммунного статуса (количество CD4-лимфоцитов) и вирусной нагрузки между визитом «на входе» в программу и визитом через 8 месяцев. Срывы в наркопотребление фиксировались как наличие минимум трех дней последовательного употребления наркотиков после последнего отрицательного теста мочи на основании самоотчета участника, отчета помощника, физического осмотра и повторного тестирования мочи. Сопровождение и участие в проекте продолжалось независимо от статуса наркопотребления и приверженности ВААРТ.

*Статистический анализ.* При математической обработке данных использовались описательные статистики для социально-демографических характеристик «на входе», показателей иммунного статуса и вирусной нагрузки «на входе», через 4 и 8 месяцев. Сравнительный анализ средних значений вирусной нагрузки и иммунного статуса проводился при помощи медианного теста Краскела-Уоллиса (англ. Kruskal-Wallis test). Сравнительный анализ соотношения участников с вирусной нагрузкой меньше 1000 копий/мл «на входе» и визитах сопровождения проводился с использованием Точного теста Фишера (англ. Fisher's Exact test). Для сравнительного анализа изменения соотношении участников с вирусной нагрузкой меньше 1000 копий/мл использовался непараметрический тест Мак-Немара (англ. McNemar's test) для парных пропорций. Для статистического анализа использовалось программное обеспечение Stata v. 10 (College Station, TX).

*Этические аспекты.* Данный проект осуществлялся в полном соответствии с протоколом, регламентирующим стандартам клинической практики (E6, ICH-GCP) и этическими принципами Хельсинкской декларации по правам участников исследований. Протокол и процедуры исследования были рассмотрены и одобрены Этическими комитетами Университета штата Северная Каролина (США) и Биомедицинского центра (Санкт-Петербург).

**Результаты исследования.** Первичный скрининг для участия в исследовании прошли 901 пациент Центра СПИД. Среди них 346 человек (38,4%) оказались ПИН с текущим опытом употребления наркотиков (6 месяцев предшествующих набору), из которых 60 человек (17,3%) подходили по критериям включения и согласились участвовать в исследовании. Причины невключения в проект были связаны с отсутствием назначения ВААРТ — 171 человек (49,4%); нежеланием участвовать — 110 (31,8%); отказом проходить детоксификацию — 49 (14,2%) и отсутствием потенциального помощника — 16 (4,6%). Среди 60 зарегистрированных для интенсивного сопровождения были 34 мужчины и 26 женщин (56,7% и 43,7%); средний возраст составил 31 год (разброс 18–41); в основном лица с образованием не ниже средне-профессионального — 46 человек (76,7%); лишь 7 человек (11,7%) имели полную профессиональную занятость. Средний возраст первой пробы наркотика составил 17 лет, а средний стаж наркопотребления — 10 лет. В качестве помощников участники в основном привлекали женщин (51; 85%); родителей (37; 61,7%); партнера/супруга (14; 23,3%).

На момент включения в проект 31 участник из 60 (51,7%) активно употребляли инъекционные наркотики, 29 человек (48,3%) находились в краткосрочной ремиссии (не более 6 месяцев). Из 31 участника, употреблявших на момент «входа», большинство использовали героин (96,8%)), один человек (3,2%) употреблял психостимуляторы, 21/31 (67,7%) признали наличие опыта совместного использования инъекционного оборудования в течение последнего месяца. Все 31 участников с активным употреблением были госпитализированы в Городскую наркологическую больницу для прохождения детоксификации, но лишь 5 человек из 31 (16,1%) полностью завершили 10-дневную программу. Однако, 26 человек, прервавших детоксификацию (83,9%), в течение 8 месяцев периода сопровождения минимум один раз повторно проходили детоксификацию.

У всех 60 участников ВААРТ начата была в период от 3 месяцев до начала проекта и до 1 месяца после. 16 человек (26,7%) начали ВААРТ незадолго до регистрации в проекте. Основными показателями для назначения ВААРТ у 45 человек (75%) был низкий уровень CD4-клеток (<300 клеток/мл); у 31 человека (51,7%) — высокая вирусная нагрузка (>100 тысяч коп/мл); у трех человек (5%) также наблюдались серьезные оппортунистические инфекции. 28 участников из 60 (46,7%) не имели выраженных симптомов СПИДа. Назначенные схемы ВААРТ у 49 человек (76,6%) включали комбинацию препаратов AZT/3TC/EFV; у семерых (14,9%) — AZT/3TC/LPV/ и у четырех (8,5%) — DDI/3TC/NVP.

Общий уровень удержания в индивидуализированном сопровождении на момент окончания проекта через 8 месяцев составил 90% (54 участника). 40 человек (66,7%) не пропустили ни одного назначенного визита, включая клинические визиты за препаратами ВААРТ (группа полной приверженности); 13 человек (21,7%) допустили несколько пропусков (группа высокой приверженности), включая 6 человек из 13 (46%), совершивших минимум 90% назначенных визитов и 7 человек (11,7%) прервали прием ВААРТ и пропустили значительное количество визитов (группа низкой приверженности). В таблице 1 представлено распределение участников по группам удержания в сопровождении и приверженности. Между группами не было обнаружено статистических различий по характеристикам: гендер, возраст, уровень образования, профессиональный статус или условия проживания.

В среднем в течение 8 месяцев сопровождения кейс менеджеры осуществили по 15 контактов с каждым из участников, из которых 33,4% не были запланированы заранее и производились в случае пропуска визитов или в кризисных ситуациях. С помощниками за этот период в среднем произошло по 8 контактов, из которых 18,2% были незапланированными.

Все участники раз в неделю могли посещать группы поддержки. Однако только 24 человека из 60 (40%) участвовали как минимум в одной сессии, а в среднем пришли 2 раза на групповые встречи. В таблице 2 и на рисунках 1 и 2 представлена динамика показателей иммунного статуса и вирусной нагрузки в зависимости от уровня удержания в сопровождении и приверженности. «На входе» в среднем показатель иммунного статуса составлял 215 CD4-лимфоцитов/мл, в группе прервавших терапию этот показатель в начале сопровождения составлял в среднем 160 клеток/мл. Однако значимых различий в средних показателях CD4-лимфоцитов между тремя группами в начале проекта обнаружено не было (p=0,33). Были выявлены значимые улучшения показателей иммунного статуса в конце сопровождения для групп с полной и высокой приверженностью, значимого увеличения количества CD4-лимфоцитов в группе с низким уровнем удержания во время контрольного визита через 8 месяцев обнаружено не было. Средний показатель уровня вирусной нагрузки «на входе» составлял 12 000 копий/мл с разбросом средних по группам от 5842 до 341 259 копий/мл с наиболее высокой вирусной нагрузкой в группе прервавших ВААРТ. Во время контрольного визита через 8 месяцев от начала терапии средний показатель вирусной нагрузки составил 64 копии/мл, в группе полной приверженности — 50 копий/мл, а в группе прервавших терапию — 3750 копии/мл (p=0,04). Были обнаружены значимые статистические различия в снижении вирусной нагрузки в зависимости от уровня удержания во время последнего контрольного визита: <1000 копий/мл имели 84% участников из группы

Таблица 1

**Распределение участников по группам удержания в сопровождении и приверженности ВААРТ (n=60)**

| Группа | n | Среднее количество клинических визитов с получением ВААРТ | Среднее количество недель в сопровождении |
|---|---|---|---|
| Группа полной приверженности (100% визитов) | 40 (66,7%) | 5 | 36 |
| Группа высокой приверженности (большинство визитов) | 13 (21,7%) | 4 | 34 |
| Группа низкой приверженности (прерывание терапии) | 7(11,7%) | 1 | 21 |

Таблица 2

**Динамика показателей иммунного статуса и вирусной нагрузки в трех группах удержания/приверженности (n=60)**

| Показатель | Группа полной приверженности (все визиты), (n=40) | Группа высокой приверженности (большинство визитов), (n=13) | Группа низкой приверженности (прерывание ВААРТ), (n=7) | Всего, (n=60) |
|---|---|---|---|---|
| Количество участников «на входе» (%) | 38 (95%) | 13 (100%) | 5 (71%) | 56 (93%) |
| Среднее количество CD4-лимфоцитов | 219 (145,306) | 213 (84,323) | 160 (124,216) | 215 (129,301) |
| Количество участников «на выходе» (%) | 38 (95%) | 13 (100%) | 5 (71%) | 56 (93%) |
| Среднее количество CD4-лимфоцитов | 316 (194,384) | 308 (113,360) | 123 (100,253) | 293 (154,382) |
| | **p=0,02** | **p=0,03** | **p=0,5** | |
| Количество участников «на входе» (%) | 35 (88%) | 12 (92%) | 4 (57%) | 51 (85%) |
| ВН <1000 копий/мл (%) | 16 (46%) | 4 (33%) | 1 (25%) | 21 (41%) |
| Средняя ВН | 5840 (61,156) | 7440 (114,872779) | 341 259 (75232,911102) | 12 000 (75,268) |
| Количество участников «на выходе» (%) | 37 (93%) | 12 (92%) | 4 (57%) | 53 (88%) |
| ВН <1000 копий/мл (%) | 31 (84%)* | 7 (58%)* | 1 (25%)* | 39 (74%) |
| | **p<0,001** | **p=0,4** | **p=1,0** | |
| Средняя ВН | 50 (50,400)** | 275 (50,7022)** | 3750 (907,153)** | 64 (50,1030) |

* — p=0,02; ** — p=0,04

полной приверженности; в группе высокой приверженности — 58%, в группе низкой приверженности — только 25% (p=0,02). Не было выявлено различий в демографических или поведенческих показателях между группами, которые были бы связаны с показателями количества CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки.

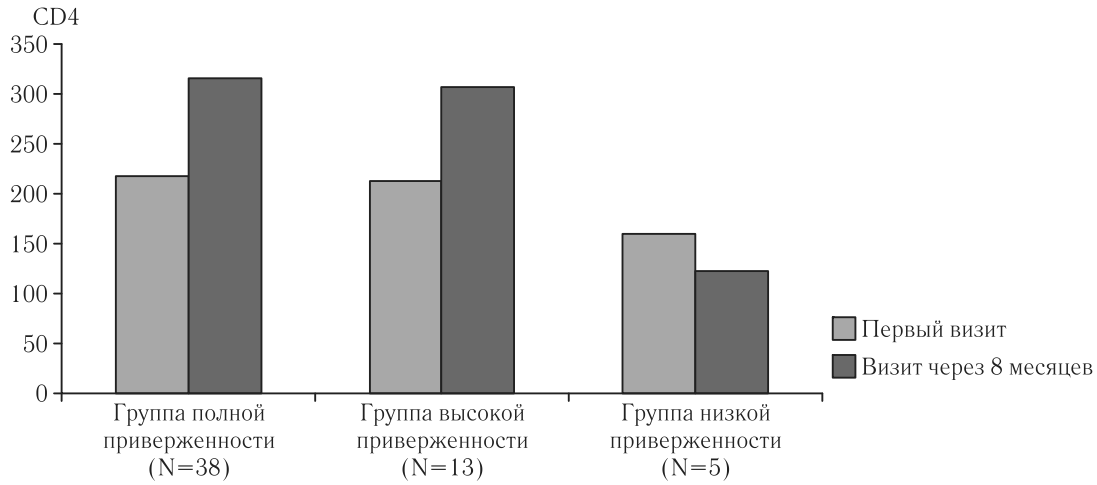


**Рис. 1.** Динамика показателей иммунного статуса (CD4-лимфоциты) в трех группах сопровождения.

На рисунке 1 представлены сравнительные данные динамики показателей иммунного статуса (количества CD4-лимфоцитов) в ходе 8 месяцев сопровождения в зависимости от уровня удержания.

него визита, а из группы употреблявших «на входе» во время последнего визита 11 человек находились в ремиссии и не употребляли наркотики. В целом, 33 участника из 60 (55%) оказались в ремиссии в конце сопровождения.

На рисунке 3 представлены сравнительные данные наркологического статуса на последнем контрольном визите и соблюдения графика клинических визитов. Фактор трезвости был связан с более высокими показателями удержания и приверженности терапии. 27 участников из 40 (67,5%), не пропустивших ни одного

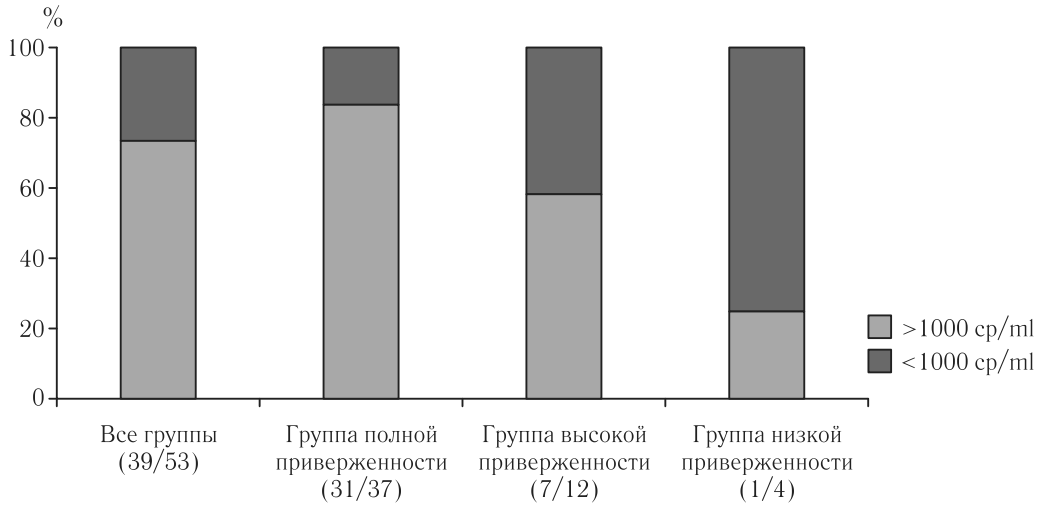


**Рис. 2.** Показатели вирусной нагрузки в трех группах сопровождения на последнем визите.

На рисунке 2 представлены сравнительные данные показателей вирусной нагрузки через 8 месяцев сопровождения в зависимости от уровня удержания.

По своему наркологическому статусу «на входе» в проект 31 участник (51,7%) активно употребляли, в ходе последнего контрольного визита было выявлено 27 человек в употреблении (45%). Из 29 участников (48,3%), которые «на входе» находились в ремиссии 7 человек (24,1%) сорвались и находились в употреблении во время последнего клинического визита и 6 человек из 13 (46,2%) в группе совершивших большинство визитов, во время последнего контрольного визита находились в ремиссии, а все 7 участников из группы прервавших терапию «на выходе» активно употребляли наркотики (P=0,002).

**Обсуждение результатов.** Результаты данного пилотного проекта, полученные на ограниченной группе участников, свидетельствуют об эффективности интенсивного кейс менеджмента для повышения показателей лечения

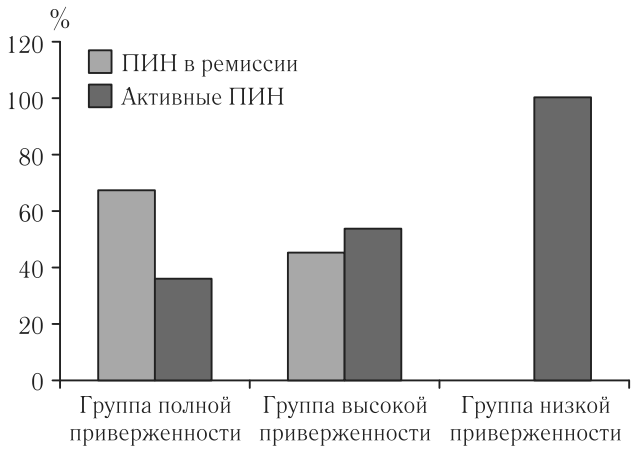


**Рис. 3.** Приверженность ВААРТ и наркологический статус через 8 месяцев сопровождения.

ВИЧ-инфицированных ПИН, включая удержание в сопровождении и приверженность ВААРТ. Большинство участников, зарегистрированных в исследовании (90%) были удержаны в сопровождении в течение всего периода проекта. У 74% в ходе последнего контрольного визита вирусная нагрузка оказалась <1000 копий/мл, что свидетельствует об эффективности лечения. Эти данные при расширении наблюдений могут дополнить российскую практику лечения ВИЧ-инфицированных пациентов. Несмотря на относительно малый размер выборки в 60 человек был продемонстрирован положительный эффект от внедрения интенсивного кейс менеджмента для ПИН с вовлечением в систему поддержки родственника или близкого человека как на приверженность ВААРТ (74%), так и на уровень удержания в сопровождении (88%) на фоне продолжающегося наркопотребления участников. Одним из критериев включения в данное исследование была возможность идентифицировать и привлечь значимого другого для оказания содействия ПИН в сопровождении. Результаты скрининга 346 ПИН свидетельствуют, что лишь у 5% не было выявлено подходящего человека в окружении для социальной поддержки. Таким образом, стратегию вовлечения в систему медико-социально-психологического сопровождения непрофессионального помощника можно рекомендовать к широкому использованию.

В исследовании мы наблюдали снижение активного наркопотребления у участников сопровождения, но четверть участников, «на входе» находящихся в ремиссии, сорвались во время периода сопровождения и не справились с сохранением трезвости, в основном, по причине отсутствия долгосрочного наркологического лечения. Активное наркопотребление также являлось основной причиной прекращения ВААРТ или отказа от сопровождения.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России развивалась параллельно с эпидемией инъекционной наркомании. Большинство участников проекта начали употреблять героин в юношеском возрасте и к моменту включения в исследование имели стаж наркопотребления более 10 лет. В этих условиях успех ВААРТ подвергается угрозе из-за употребления наркотиков.

Комплексный междисциплинарный подход к лечению и сопровождению ВИЧ-инфицированных ПИН продемонстрировал свою эффективность в различных странах. Интегрированная система кейс менеджмента и комплексного лечения ПИН в едином центре, включая общую медицинскую помощь, ВААРТ, наркологическое лечение, в том числе, наркозаместительную терапию показала свою успешность и внедряется в разных странах с аналогичными российским особенностями эпидемии ВИЧ/СПИД.

Включение помощника в систему поддержки ВИЧ-инфицированных ПИН для сопровождения представляется перспективной технологией и достаточно широко используется в нашей стране в рамках подхода «равный-равному».

**Заключение.** Программа интенсивного кейс менеджмента для ПИН, нуждающихся в ВААРТ, является перспективной стратегией повышения эффективности лечения, она позволяет осуществлять превентивные вмешательства в области индивидуального здоровья ПИН. Комплексные превентивные программы, направленные на профилактику употребления наркотиков и ВИЧ и реализуемые на основе кейс менеджмента для ПИН на фоне ВААРТ способны значительно повысить эффективность лечения.

* * *

Исследование выполнялось при поддержке грантов Национальных институтов здоровья США (F30 MH085431) и правительства США (PEPFARE/DAIDS-ES) в рамках сотрудничества Биомедицинского центра, университета штата Северная Каролина (США), Санкт-Петербургского государственного университета, Городской наркологической больницы и Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Mathers B.M., Degenhardt L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee S.A., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A., Mattick R.P.* Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review // Lancet.— 2008.— Vol. 10 (9651).— P. 1733–1745. doi: 10.1016/S0140–6736(08)61311–2.
2. *Heimer R., White E.* Estimation of the number of injection drug users in St. Petersburg, Russia // Drug Alcohol Depend.— 2010.— Vol. 10 (1–3).— P. 79–83.

3. *Toussova O., Shcherbakova I., Volkova G., Niccolai L., Heimer R., Kozlov A.* Potential bridges of heterosexual HIV transmission from drug users to the general population in St. Petersburg, Russia: is it easy to be a young female? // J. Urban. Health.— 2009.— Vol. 10 (Suppl. 1).— P. 121–130.
4. *Kozlov A.P., Shaboltas A.V., Toussova O.V., Verevochkin S.V., Masse B.R., Perdue T., Beauchamp G., Sheldon W., Miller W.C., Heimer R., Ryder R.W., Hoffman I.F.* HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia // AIDS.— 2006.— Vol. 10 (6).— 901–906. doi: 10.1097/01.aids.0000218555.36661.9c.
5. *Shaboltas A.V., Toussova O.V., Hoffman I.F., Heimer R., Verevochkin S.V., Ryder R.W., Khoshnood K., Perdue T., Masse B.R., Kozlov A.P.* HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.— 2006.— Vol. 10 (5).— P. 657–663.
6. *Niccolai L.M., Verevochkin S.V., Toussova O.V., White E., Barbour R., Kozlov A.P., Heimer R.* Estimates of HIV incidence among drug users in St. Petersburg, Russia: continued growth of a rapidly expanding epidemic // Eur. J. Public. Health.— 2010.— Vol. 10 (5).— P. 613–619.
7. *Бартлетт Д.Д.. Галант Д., Фам П.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2012.— М: Р.Валент.- 528 с.
8. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2013.— Т. 5, № 1.— С. 7–33.
9. Поляков А.Н., Рассохин В.В. Резистентность вируса иммунодефицита человека к антиретровирусным препаратам // ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии.— 2012.— Т. 4, № 2.— С. 133–137.
10. Дементьева Н.Е., Сизова Н.В., Лисицина З.Н., Маклакова В.А., Крутицкая Л.И., Беляков Н.А. Анализ субтипов и фармакорезистентных вариантов ВИЧ, циркулирующих среди ВИЧ-инфицированных пациентов Санкт-Петербурга // ВИЧ-инфекция и иммуносупресии.— 2011.— Т. 3, № 4.— С. 34–43.
11. Беляков Н.А., Виноградова Т.Н. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии / ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия.— 2011.— Т. 3, № 4.— С. 7–20.
12. Баринова А.Н., Плавинский С.Л., Ерошина К.М., Кубасова К.А. Группы риска как основной источник заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) в Российской Федерации. //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2012.— Т. 4, № 4.— С. 97–102.
13. Verevochkin S.V., Shaboltas A.V., Gagarina S.N., Skochilov R.V., Toussova O.V., Krasnoselskih T.V., Malov S.V., Kozlov A.P.High incidence rate in St.Petersburg IDU cohort // Proceedings of the 6th IAS conference on HIV pathogenesis, treatment and prevention: 17–20 July 2011. Rome, Italy:— TUPE346/
14. Bouhnik A.D., Chesney M., Carrieri P., Gallais H., Moreau J., Moatti J.P., Obadia Y., Spire B. MANIF 2000 Study Group. Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.— 2002.— Vol. 10 (Suppl. 3): 149–153.
15. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Bespalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone for heroin dependence treatment in St.Petersburg, Russia // J. Subst. Abuse. Treat.— 2004.— Vol. 10 (4).— P. 285–294. doi: 10.1016/j.jsat.2004.02.002.
16. Hicks P.L., Mulvey K.P., Chander G., Fleishman J.A., Josephs J.S., Korthuis P.T., Hellinger J., Gaist P., Gebo K.A. HIV Research Network. The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART // AIDS Care.— 2007.— Vol. 10 (9).— P. 1134–1140. doi: 10.1080/09540120701351888.
17. Скочилов Р.В. Модели «социального сопровождения» в мировой практике. Русский журнал «СПИД, рак и общественное здоровье» .— СПб.: Биомедицинский центр.— 2010. Т. 14, № 1.— С. 75–77.
18. Волкова Г.В., Жолобов В.Е., Кольцова О.В., Рахманова А.Г., Чикадзе Е.З. Медико-психологическая и социальная помощь семьям с ВИЧ/СПИД.— СПб.: ООО Островитянин, 2009.— 128 с.
19. Кольцова О.В., Рассохин В.В.. Медико-социальное сопровождение беременных женщин и детей с ВИЧ. В кн. Женщина, ребенок и ВИЧ / Под ред. Н.А.Белякова, Н.Ю.Рахманиной, А.Г.Рахмановой.– СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр.— 2012.— С. 562–577.
20. Hesse M., Vanderplasschen W., Rapp R., Broekaert E., Fridell M. Case management for persons with substance use disorders // Cochrane Database Syst Rev.— 2007.— CD006265.— URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943902 (дата обновления 2014 г.)
21. Vanderplasschen W., Wolf J., Rapp R.C., Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations // J.Psychoactive. Drugs. 2007.— Vol. 10 (1).— P. 81–95. doi: 10.1080/02791072.2007.10399867.
22. Siegal H.A., Rapp R.C., Kelliher C.W., Fisher J.H., Wagner J.H., Cole P.A. The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement // J.Psychoactive. Drugs.— 1995.— Vol. 10 (1).— P. 67–72. doi: 10.1080/02791072.1995.10471674.

23. *Siegal H.A., Li L., Rapp R.C.* Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-teatment criminality // J. Addict Dis.— 2002.— Vol. 10 (4).— P. 37–46. doi: 10.1300/J069v21n04_04.
24. *Vaughan-Sarrazin M.S., Hall J.A., Rick G.S.* Impact of case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment // J. Drug. Issues.— 2000.— Vol. 10 (2).— P. 435–463.
25. *Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Brown L., Elharrar V., Kozlov A.P., Hoffman I.* The feasibility of intensive case management program for inection drug users on antiretroviral thepary in St.Peterburg, Russia // Harm. reduction.— 2013.— Vol. 10 (1).— P. 15. doi.10.1186/1477–7517–10–15.
26. *Шаболтас А.В., Тюсова О.В., Козлов А.П.* ВИЧ-инфекция и особенности рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков: результаты лонгитюдного исследования в Санкт-Петербурге.— СПб.:Скифия-принт.— 2010.— 127 с.
27. *Menezes P., Miller W.C., Wohl D.A., Adimora A.A., Leone P.A., Miller W.C., Eron J.J. Jr.* Does HAART efficacy translate to effectiveness? Evidence for a trial effect // PLoS One.— 2011.— Vol.10(7).— e21824. doi: 10.1371/journal.pone.0021824.
28. *Smith-Rohrberg D., Mezger J., Walton M., Bruce R.D., Altice F.L.* Impact of enhanced services on virologic outcomes in a directly administered antiretroviral therapy trial for HIV-infected drug users // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.— 2006.— Vol. 10 (Suppl 1).— P. 48–53.
29. *Bouis S., Reif S., Whetten K., Scovil J., Murray A., Swartz M.* An integrated, multidimensional treatment model for individuals living with HIV, mental illness, and substance abuse // Health Soc Work.- 2007.— Vol. 10 (4).— P. 268–278. doi: 10.1093/hsw/32.4.268.
30. *Zaller N., Gillani F.S., Rich J.D.* A model of integrated primary care for HIV-positive patients with underlying substance use and mental illness // AIDS Care.— 2007.— Vol. 10 (9).— P. 1128–1133. doi: 10.1080/09540120701335196.
31. *Lum P.J., Tulsky J.P.* The medical management of opioid dependence in HIV primary care settings // Curr. HIV/AIDS Rep.— 2006.— Vol. 10 (4).— P. 195–204. doi: 10.1007/s11904-006-0016-z.

Статья поступила: *06.03.2014 г.*

**Сведения об авторе:**
*Шаболтас Алла Вадимовна* — доцент, канд.психол.наук, Санкт-Петербургский Государственный университет, 199034 Санкт-Петербург, Университетская наб. 7/9, +7 (812) 328-00-01, e-mail: a.shaboltas@spbu.ru.

**Уважаемые коллеги**

Издательством «Балтийский медицинский образовательный центр» выпущено руководство для врачей и психологов **«Психосоциальное консультирование при тестировании на ВИЧ-инфекции»** под редакцией Н.А.Белякова, авторы О.В.Кольцова и П.В.Сафонова, СПб.— 2014.— 84 с.

В руководстве изложены основные положения консультативной помощи людям при добровольном тестировании на ВИЧ, которая в настоящее время в основном осуществляется подготовленными врачами, психологами и специалистами по социальной работе, аутричработниками в учреждениях здравоохранения, социальной защиты населения, общественных организациях и неправительственных фондах. Руководство предназначено в первую очередь для врачей инфекционистов, эпидемиологов, фтизиатров, терапевтов и врачей общей практики, акушеровгинекологов, дерматовенерологов и др. специалистов, участвующих в тестировании крови на ВИЧ и направлении пациентов на лабораторное обследование на ВИЧ. Издание должно способствовать совершенствованию медицинской помощи в области лечения ВИЧ-инфекции и повышению качества консультативно-диагностической помощи населению, как одной из форм профилактического вмешательства по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции.

**Заявки на книгу можно оформить по адресу:**
190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, лит. Б,
e-mail: *infeklcijaaids@gmail.com*