

УДК 616.9:616-085

РАБОТА МУЛЬТИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМАНДЫ С ПАЦИЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

¹Л.Ю.Кытманова, ¹А.А.Дегтярев, ²М.Г.Москвичева

¹Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Государственного муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница имени Г.И.Дробышева», Магнитогорск, Россия

²Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск, Россия

MEDICAL SERVICES PROVISION BY A MULTIPROFESSIONAL TEAM TO DRUG ADDICTED PATIENTS RECEIVING ANTIRETROVIRAL THERAPY

¹L.Y.Kytmanova, ¹A.A.Degtyarev, ²M.G.Moskvicheva

¹Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases at G.I.Drobyshev Municipal Hospital, Magnitogorsk, Russia

²South-Urals Medical University, Chelyabinsk, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

Показана эффективность работы мультипрофессиональной команды (МПК) у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), получающих антиретровирусную терапию (АРВТ). Участвовали 239 пациентов, которые были распределены в группы в соответствии с наличием зависимости от ПАВ. Приверженность оценивали по отпущенным дозам антиретровирусных (АРВ) препаратов за 12 месяцев и сочетали с мониторингом вирусной нагрузки. Эффективность МПК оценивали по процентному соотношению больных с уровнем приверженности к терапии $\geq 95\%$, с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки, удержанных на терапии, умерших и самовольно прекративших прием терапии. Установлена положительная значимая ассоциация между уровнем приверженности и частотой подавления репликации вируса. Показатели удержания на АРВТ (%) и средний уровень приверженности были достоверно выше в сравнении с аналогичными референтными исследованиями. ВИЧ-инфицированные пациенты, имеющие зависимость от ПАВ, находящиеся на сопровождении МПК, могут достигать необходимого уровня приверженности для достижения стойкого терапевтического эффекта. **Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, мультипрофессиональная команда, приверженность к антиретровирусной терапии, зависимость от психоактивных веществ.

The effectiveness of medical service provision by a multiprofessional team (MPT) to antiretroviral (ART) therapy-treated patients addicted to psychoactive substances (PAS) was assessed. The group of 239 patients was subdivided into subgroups depending on addiction to PAS. Commitment to therapy was assessed by ART drug doses provided over 12 months. HIV load was monitored. MPT effectiveness was estimated by the percents of patients whose commitment to therapy was $\geq 95\%$, of patients having undetectable viral load, of patients who continued therapy, lethal outcomes, and of patients who voluntarily discontinued therapy. Significant positive correlation was found between commitment level and the frequency of cases of suppressed HIV replication. The indices of continuation of ART (%) and the mean commitment to therapy were significantly higher in comparison with similar reference studies. Under management by MPT, HIV patients addicted to PAS can reach the degrees of commitment to therapy required for a stable therapeutic response.

Key words: HIV infection, multiprofessional team, commitment to antiretroviral therapy, addiction to psychoactive substances.

Введение. ВИЧ-инфекция была зарегистрирована среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 120 странах мира, это не менее 10% от всех случаев заболевания [1]. В странах Восточной Европы и Центральной Азии АРВТ получают не более 25% лиц с зависимостью от ПАВ. Между тем, лечение ВИЧ-инфекции у пациентов с зависимостью от ПАВ имеет огромный положительный профилактический и экономический эффект [2]. Несмотря на то, что зависимость от наркотиков

и алкоголя у ВИЧ-инфицированных потребителей часто сопровождается множественной инфекционной, соматической, психической патологией, психосоциальной нестабильностью и периодами измененного сознания, клиническая польза от лечения и вирусологическая резистентность у них существенно не отличается от других пациентов [3, 4]. При этом злоупотребление ПАВ остается серьезным фактором риска несоблюдения схемы лечения [5, 6]. В многочисленных исследованиях опреде-

лены основные группы факторов, приводящих к нарушению приверженности у пациентов к антиретровирусной терапии, и намечены стратегии по ее улучшению [7, 8]. Более успешными являются комплексные и долгосрочные меры, связанные с интеграцией программ лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, зависимости от ПАВ, прием АРВ-препаратов под непосредственным наблюдением медицинского персонала, а также сочетание программ АРВТ с заместительной терапией [9–11]. В России, где условия для проведения подобных мероприятий, не сформированы, удержание пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью на терапии остается актуальной задачей. С 2006 года, в отдельных российских центрах СПИД предпринимались попытки внедрить мультипрофессиональный подход сопровождения пациентов на терапии [12]. Для включения модели мультипрофессиональной команды в систему оказания специализированной помощи при ВИЧ-инфекции, требуется научное обоснование ее эффективности. Организационная модель МПК, работа которой основана на инновационных подходах и технологиях для отечественного здравоохранения, предоставляющая комплексную помощь пациенту с зависимостью от ПАВ, в условиях единого учреждения, позволяет сохранить и улучшить его приверженность получению специализированной помощи при ВИЧ-инфекции [13–14].

Целью исследования является показать эффективность работы МПК в структуре Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ЦСПИД) на примере пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью получающих АРВТ.

Материалы и методы исследования. База проведения исследования амбулаторное отделение Магнитогорского ЦСПИД. Время выделения группы 239 человек с декабря 2006 по август 2008 год. Продолжительность наблюдения: с декабря 2006 по август 2012 года. В исследование не включались нуждающиеся в стационарной помощи на начало АРВТ и пациенты, отказавшиеся от сопровождения МПК.

Состав МПК: врач-инфекционист (1), врач психиатр-нарколог (1), клинические психологи (2), специалисты по социальной работе (2), медицинские сестры (2). Продолжительность сопровождения пациентов — до начала терапии и в течение всего периода наблюдения.

Виды помощи МПК:

- специализированная медицинская помощь с отпуском АРВ-препаратов в ЦСПИД;
- наркологическая помощь включала диагностику зависимости от ПАВ, направление в специализированное наркологическое отделение, реабилитационно-противорецидивный этап с поддерживающим медикаментозным лечением в условиях амбулатории центра СПИД, интенсивность и частота вмешательства при ста-

бильной ремиссии — одна консультация в три месяца, при злоупотреблении ПАВ и отказе пациента от стационарной наркологической помощи — 1–4 раза в месяц.

Психосоциальная работа включала выявление и коррекцию депрессии и тревожных расстройств, адаптацию приема препаратов к жизненным условиям пациента, работу с семьей. Кроме того, пациенту предоставлялась помощь в восстановлении документов, получении прописки, поиске работы, доставке препаратов в туберкулезный стационар. Средняя частота и интенсивность вмешательства — 1–4 консультации каждым специалистом в месяц или в три месяца.

Основной подход в работе МПК: пациент-центрированный [15]. Основная технология организации процесса сопровождения: кейс-менеджмент [16].

Используемые методики работы с пациентами: методика поэтапного вовлечения в диалог при формировании приверженности к АРВТ [17]; методика «подведение баланса» [18]; мотивационное интервьюирование [19]; выявление и коррекция факторов риска нарушения приверженности к АРВТ [20].

Признаками эффективности стратегии МПК были: процентное соотношение больных, с уровнем приверженности к терапии $\geq 95\%$, процентное соотношение больных, с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки, процентное соотношение больных, удержанных на терапии, процентное соотношение умерших больных на терапии, процентное соотношение больных самовольно прекративших прием АРВ-препаратов. Рассчитывались уровни приверженности: высокий $\geq 95\%$, средний 85–94% и низкий $< 85\%$. Мониторинг приверженности проводился по отпуску лекарственных средств из аптеки, с пересчетом количества выданных доз АРВ-препаратов от рассчитанной средней дозы в соответствии со схемой АРВТ за каждые 12 месяцев наблюдения (в %) [21]. Данный метод сочетался с мониторингом вирусной нагрузки, мониторингом зафиксированных пропусков приема препаратов в амбулаторных и социальных картах (в днях). Оценка результатов показателей эффективности проводилась каждые 12 месяцев. Данные мониторинга заносились в электронную базу в формате Excel.

Мониторинг терапии на каждом этапе включал: определение уровня РНК ВИЧ-1 в плазме методом полимеразной цепной реакции при помощи наборов Amplisens HIV Monitor — FRT на аппарате Rotor Gene 6000, определение количества процентного содержания CD4-лимфоцитов в 1 мкл крови методом проточной цитофлюориметрии (FACS Count Versmap Dickinson) с использованием моноклональных антител фирмы Versmap Coulter. Для обработки полученных результатов исследования были использованы методы описательной статистики средних значений признаков и их отклонений, а также сравнение зависимых и независимых групп ко-

личественных и качественных признаков с применением Т-критерия Стьюдента и Хи-квадрат, при $p < 0,05$, установление взаимосвязи признаков методом корреляционного анализа по Спирмену. Оценка шансов, описание частоты бинарного признака проводилась с использованием 95% доверительного интервала при $p < 0,05$. Все расчеты производились с применением программ STATISTICA 8.0 и Microsoft Excel-2007.

Результаты и их обсуждение. В исследование вошли 239 участников, которые были распределены по группам, в зависимости от употребления психоактивных веществ: группа 1 — пациенты, злоупотребляющие ПАВ ($n=106$); группа 2 — пациенты, в состоянии ремиссии при зависимости от ПАВ ($n=64$); группа 3 — зависимость от ПАВ не выявлена ($n=69$). В процессе предварительных расчетов, мы не получили достоверных различий между группами зависимых лиц от наркотиков и алкоголя, кроме того, основная часть зависимых от ПАВ практиковала сочетание приема наркотиков и алкоголя, этим объясняется выбор группирующих признаков.

Достоверные различия частоты встречаемости пациентов с неопределяемым уровнем ВИЧ в крови в пользу группы 3 (91,2%, 98,1%) были зафиксированы на 12-м и 48-м месяце наблюдения в сравнении группой 1 (75% и 83,3%). У пациентов злоупотребляющих ПАВ и находящихся в состоянии ремиссии вирусологическая эффективность при АРВТ, на протяжении всего периода наблюдения не имела достоверных отличий. Прирост уровня CD4-клеток в группах сравнения статистически не отличался. На рисунке 1 прослеживается, что доля пациентов с вирусной нагрузкой менее порога определения тест-системой (менее 500 копий/мл) на 24-й и 36-й месяцы наблюдения снижалась во всех группах. В эти же периоды число пациентов с уровнем приверженности $\geq 95\%$ так же снижалось во всех группах (рис. 2–4). Нами была установлена положительная значимая ассоциация между уровнем приверженности и частотой подавления репликации вируса.

По среднему уровню РНК ВИЧ между группами 1 и 2 ($p=0,00001$), 1 и 3 ($p=0,00001$), 2 и 3 ($p=0,04$).

Таблица

Исходные характеристики пациентов

Характеристики	Группа 1 ($n=106$)	Группа 2 ($n=64$)	Группа 3 ($n=69$)
Мужчин/женщин, %	73,6/26,4	57,8/42,2	23,2/76,8
Средний возраст, годы	30,2 \pm 6,8	30,0 \pm 5,3	29,5 \pm 9,3
Средний уровень CD4+, клеток/мкл	233,5 \pm 143,5	214,5 \pm 143	251,3 \pm 129,7
CD4 <200 кл/мкл (%)	46,2	48,4	40,6
Средний уровень РНК ВИЧ (lg)	6,5 \pm 1,6*	2,7 \pm 6,6*	4,4 \pm 1,1*
РНК ВИЧ >100 тысяч копий/мл, %	60,4*	39,1*	44,9*
Стадия ВИЧ 4Б-5, %	38,7*	36*	8,7*
Наличие туберкулеза, %	14,1	17,2	0
Другие вторичные заболевания, %	30,2	28,1	17,4
Наличие гепатита С, %	84*	81,2*	39,1*

* — Отмечены частоты со статистически значимым отличием, где $p < 0,05$.

Исходные характеристики пациентов до начала АРВТ приведены в таблице. Среди пациентов групп 1 и 2 преобладают лица мужского пола, что, вероятно, обусловлено путем инфицирования ВИЧ при внутривенном введении ПАВ, с этим же связана и частота распространения хронических гепатитов в группах 1 и 2 (84% и 81,2%), в сравнении с группой 3 (39,1%). В группах 1 и 2 частота встречаемости пациентов со стадиями заболевания 4Б-5 была достоверно выше (38,7% и 36%), чем в группе 3 (8,7%). Это объясняет наличие вторичных заболеваний у каждого третьего пациента в группах 1 и 2, включая туберкулез. Средние показатели исходного числа CD4-лимфоцитов были ниже, а частота уровня вирусной нагрузки более 100 тысяч копий/мл была выше в группах 1 и 2.

Пациентам были назначены схемы на основе ИП 47,3%, на основе ННИОТ 49,4% и на основе НИОТ 3,3%.

По частоте РНК ВИЧ >100 тысяч копий/мл между группами 1 и 2 ($p=0,008$), 1 и 3 ($p=0,045$).

По частоте стадий ВИЧ 4Б-5 между группами 1 и 3 ($p=0,00001$), 2 и 3 ($p=0,0002$).

По наличию гепатита С между группами 1 и 3 ($p=0,00001$), 2 и 3 ($p=0,00001$).

На рисунках 2–4 показано, как увеличивается соотношение пациентов в пользу оптимальной приверженности.

В группе 1, активных потребителей ПАВ, число пациентов, имеющих высокую приверженность, к 24-му месяцу снизилось на треть (с 45 до 30) (рис. 2). Данные расчетов уровня приверженности показывают, что на протяжении 12–60 месяцев наблюдения среди пациентов группы 1 доля лиц с высокой приверженностью к АРВТ была достоверно меньше (28–42%), чем среди пациентов группы 3 (58–71%). Аналогичные результаты были получены в отношении групп 2 и 3 на 12-й месяц наблюдения

(46,9% и 71%) и 48-ой месяц наблюдения (32,8% и 60,9%). Среди пациентов, с продолжительностью лечения 72 месяца, не выявлено статистически значимых отличий по уровню приверженности в группах сравнения. Среднего оптимального уровня приверженности удалось

сти (<95%) был выше в группе 1 и 2 суммарно в 1,7 раза, чем в группе 3. К 72-му месяцу наблюдения шансы высокой приверженности в группе 3 были по-прежнему выше в 1,9 раза, в сравнении с группами 1 и 2 суммарно. При этом шансы приверженности <95% между группами

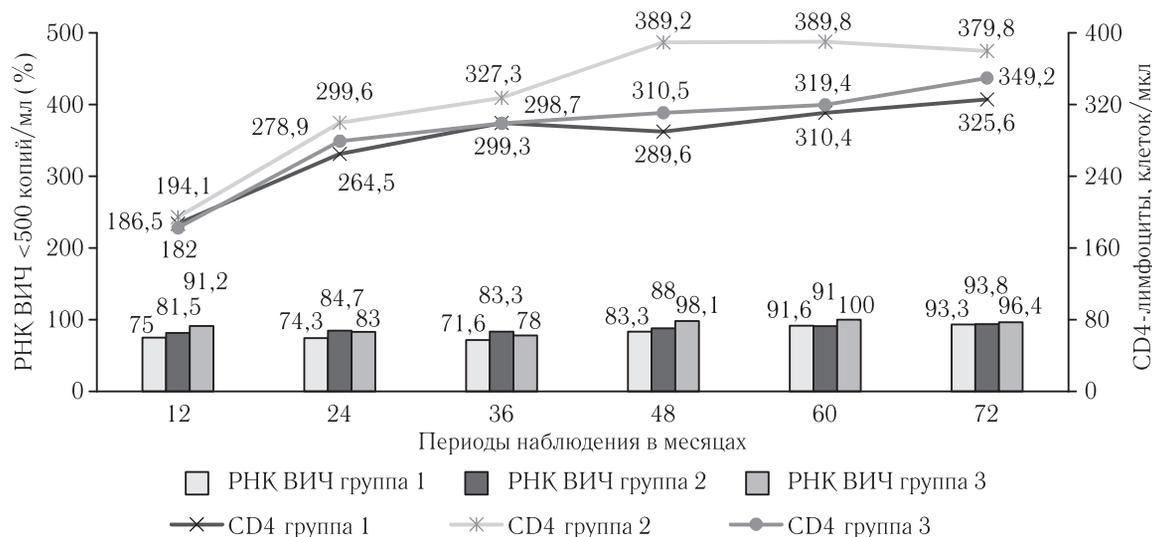


Рис. 1. Прирост количества CD4-лимфоцитов (теап) и доля пациентов с РНК ВИЧ<500 копий/мл в процессе АРВТ.

достичь к 60–72-му месяцу наблюдения в группах пациентов в состоянии ремиссии и не имеющих зависимости от ПАВ. На период наблюдения 12 месяцев у пациентов группы 3 шанс высокой приверженности (≥95%) соста-

сравнивались и составили по 0,1. Можно предположить, что динамическое сопровождение МПК со временем уравнивает шансы сохранения высокой приверженности у потребителей ПАВ и лиц, не имеющих зависимости.

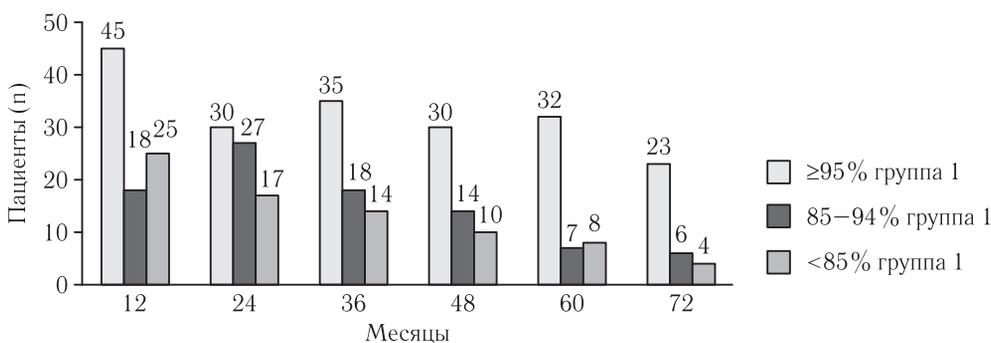


Рис. 2. Распределение пациентов по уровню приверженности к АРВТ в группе 1.

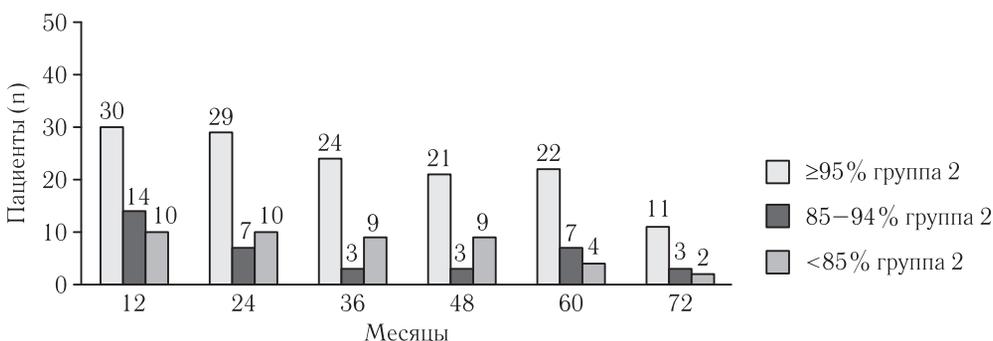


Рис. 3. Распределение пациентов по уровню приверженности к АРВТ в группе 2.

вил (ОШ) 2,45 (95% ДИ 2,34–2,56) и был в 3 раза выше, чем у пациентов групп 1 и 2 суммарно (ОШ 0,79; 95% ДИ 0,787–0,793). Напротив, шанс низкой приверженно-

Кроме того, динамика показателей приверженности и вирусологической эффективности лечения подтверждают, что процесс адаптации к жизни с АРВТ у паци-

ента происходит длительно, понимание ценности лечения приходит не сразу, поэтому комплексная помощь, особенно пациентам с зависимостью от ПАВ, поддержание их ремиссии необходима, как минимум, первые 36 месяцев лечения. Эти выводы подтверждаются наибольшим числом самовольных прерываний и летальных исходов на 24–36-м месяцах АРВТ.

за ребенком, отсутствие поддержки в семье) 8% и 30% ($p=0,03$).

Очевидно, что доля умерших пациентов в группах 1 и 2 выше в сравнении с группой 3. На 24-й месяц наблюдения зафиксировано 65% от всех летальных исходов. За весь период наблюдения, летальный исход зарегистрирован у 20 пациентов в группе, из них 18 случаев

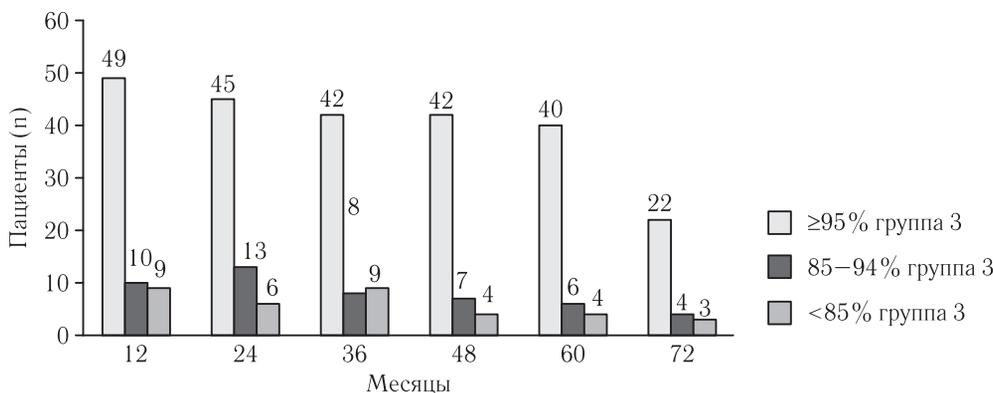


Рис. 4. Распределение пациентов по уровню приверженности к АРВТ в группе 3.

Средняя частота самовольных сходов в группе на конец наблюдения составила 29,3%. Несмотря на то, что пациенты, имеющие зависимость от ПАВ, прерывали терапию в два раза чаще (34%), чем пациенты с не выявленной зависимостью от ПАВ (17,4%), полученные частоты сходов между группами не имели достоверных различий. В группах 1 и 2 около 30% самовольных прекращений АРВТ приходилось на первые 24 месяца лечения. Риск самовольного прерывания АРВТ на конец наблюдения в группах 1 и 2 оказался в 2,5 раза выше, чем в группе 3 (ОР 0,21; 95% ДИ 0,207–0,213).

среди пациентов с зависимостью от ПАВ. Таким образом, риск летальных исходов пациентов на терапии в группах 1 и 2 был в 4 раза выше, чем у пациентов группы 3. Неблагоприятный исход лечения у пациентов с зависимостью отчасти можно связать с исходными клиническими характеристиками, которые свидетельствуют о прогрессирующем течении ВИЧ-инфекции и более поздним началом АРВТ.

Данные относительных показателей удержания пациентов на терапии, представленные на рисунке 5, с достоверной разницей ($p_{1-3}=0,014$, $p_{2-3}=0,0003$) свиде-

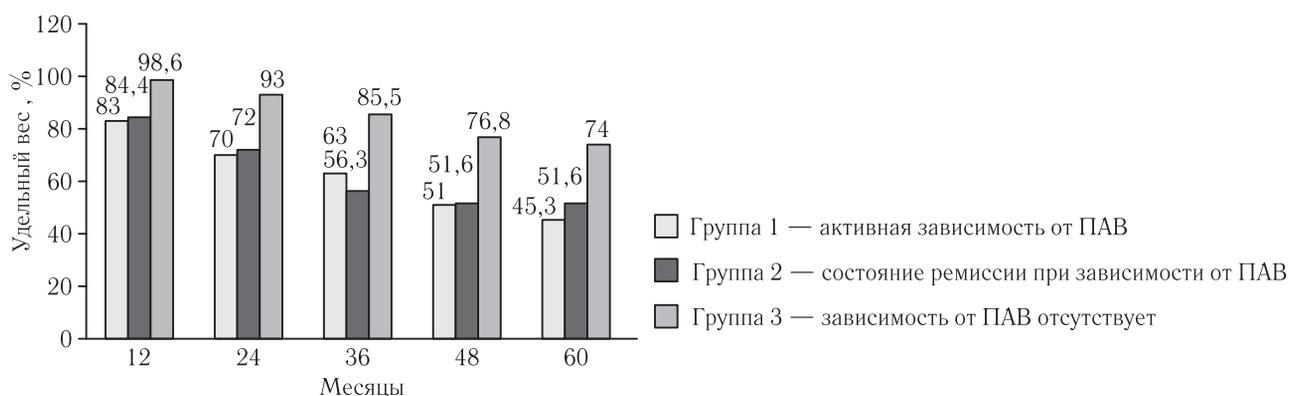


Рис. 5. Частота удержания пациентов на АРВТ в группах сравнения.

Активное употребление ПАВ явилось причиной самовольного прекращения терапии в группе 1 в 79% (30 из 38 сошедших), в группе 2 в 40% (8 из 20 сошедших) ($p=0,004$). Другими причинами самовольного схода в группах с зависимостью от ПАВ явились лекарственная непереносимость 13% и 30% или социальные риски (наличие судимости, неудобный график работы, уход

тельствуют в пользу пациентов группы 3. Частота удержания пациентов на терапии в группах 1 и 2 не имеют статистически подтвержденной разницы. Наименьшие показатели частоты удержания на терапии были у пациентов группы 1.

На 01.08.2012 года продолжили прием АРВТ длительно 60–72 месяца 132 (55,2%) пациента

в группе. При этом, шанс удержания пациентов в группах 1 и 2 суммарно (81 из 170 пациентов) составил (ОШ) 0,91 (95% ДИ 0,907–0,913), что в 3 раза ниже, чем шанс удержания пациентов в группе 3 (51 из 69 пациентов) (ОШ 2,85; 95% ДИ 2,65–3,05).

Таким образом, у пациентов с рисками нарушения приверженности к АРВТ, связанными с активной зависимостью от наркотиков и/или алкоголя, остающихся на сопровождении МПК, можно добиться повышения приверженности и стойкого терапевтического эффекта сравнимого с пациентами, не имеющими данных рисков.

Обсуждение. Было проведено длительное, более 60 месяцев, наблюдение за группой пациентов, получающих АРВТ, находящихся на сопровождении мультипрофессиональной команды.

Применение специалистами МПК инновационных подходов, технологий и методик в процессе динамического сопровождения пациентов, имеющих наркотическую и/или алкогольную зависимость, позволяет достичь у них стойкого терапевтического эффекта при лечении ВИЧ-инфекции [22].

Частота подавления вирусной нагрузки у пациентов на сопровождении МПК после 12 месяцев лечения в нашем исследовании оказалась достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в аналогичном зарубежном исследовании, в котором группа потребителей ПАВ совмещала АРВТ и метадонную заместительную терапию. Активные потребители ПАВ 75% и 32%, пациенты в ремиссии 81,5% и 42%, пациенты, не употребляющие ПАВ 91,2% и 45%. [23].

Средний уровень приверженности в наших наблюдениях через 12 месяцев при сопровождении МПК был достоверно выше 89,6% (210 пациентов), чем данные полученные в другом российском исследовании, где сопровождение МПК отсутствовало — 74% (87 пациентов). Высокий уровень имели 59% (124 пациента), соответственно в сравнительном исследовании 33,3% (29 пациентов) ($p = 0,014$) (для оценки приверженности использовалась единая методика — подсчет уровня приверженности по числу отпущенных из аптеки доз препаратов за 12 месяцев) [24].

Результаты удержания пациентов на АРВТ в нашем исследовании в сумме были аналогичны данным референтных зарубежных исследований: через 12 месяцев после начала терапии — 88%, по данным 92 стран — 81%; через 24 месяца — 77%, по данным 73 стран — 75%; через 36 месяцев — 67,8%, по данным 46 стран — 67% [25]. Аналогичные результаты показателей удержания пациентов на АРВТ были получены в российском сравнительном исследовании: к 48-й неделе лечения было удержано 87,2% пациентов на терапии ($n = 285$), по Магнитогорску 88% ($n = 210$ на 12 месяцев, $p = 0,15$), в том числе зависимых от ПАВ 81,7% ($n = 174$), и по Магнитогорску 83,5% ($n = 142$), $p = 0,65$ [26].

Неблагоприятный исход лечения среди участников исследования, связанный с самовольным прерыванием АРВТ, составил 29,3%, в том числе 15,9% обусловлено злоупотреблением ПАВ. Прием алкоголя и наркотиков стал причиной самовольного выбытия с АРВТ у 28,3% в группе лиц с активной зависимостью от ПАВ и у 12,5% в группе лиц, в состоянии ремиссии на начало АРВТ. За период наблюдения ремиссию при установленной зависимости от ПАВ удалось поддерживать более чем у 70% пациентов с данной проблемой (119 из 170 пациентов).

Заключение. ВИЧ-инфицированные пациенты, имеющие зависимость от ПАВ, находящиеся на сопровождении МПК, могут достигать необходимого уровня приверженности для достижения стойкого терапевтического эффекта. Организационная модель МПК позволяет:

- формировать и поддерживать на протяжении длительного периода уровень приверженности достаточный для успешной терапии при ВИЧ-инфекции;
- давать комплексную объективную оценку приверженности пациента к АРВТ;
- длительно поддерживать пациента с зависимостью от ПАВ в состоянии ремиссии за счет психосоциальной и наркологической помощи;
- повысить доступность и мотивацию к получению специализированной помощи при ВИЧ-инфекции и зависимости от ПАВ в условиях ограниченных кадровых ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mathers B., Degenhardt L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee S., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A., Mattick R. for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review // *The Lancet*. — Vol. 372 (9651). — P. 1733–1745.
2. Wolfe D., Carrieri P., Shepard D. Treatment of injecting drug users living with HIV: a review barriers and ways to overcome them // *The Lancet*. — 2010. — Vol. 376. — № 9738. — P. 355–366.
3. Wood E., Hogg R.S., Yip B., Dong W.W., Wynhoven B., Mo T., Brumme C.J., Montaner J.S., & Harrigan P.R. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use // *AIDS*. — 2005. — Vol. 19. — P. 1189–1195.
4. Gill V.S., Lima V.D., Zhang W., Wynhoven B., Yip B., Hogg R.S., Montaner J.S., Harrigan P.R. Improved virological outcomes in British Columbia concomitant with decreasing incidence of HIV type 1 drug resistance detection // *Clinical Infectious Diseases*. — 2010. — Vol. 50. — P. 98–105.

5. Wood E., Hogg R.S., Yip B., Harrigan P.R., O'Shaughnessy M.V., Montaner J.S. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients // J.Acquir. Immune. Defic. Syndr. — 2004. — Vol. 35. — P. 261–268.
6. Hendershot C.S., Stoner S.A., Pantalone D.W., Simoni J.M. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis // J. Acquir. Immune. Dec. Syndr. — 2009. — Vol. 52 (2). — P. 180–202.
7. Mills E.J., Nachega J.B., Bangsberg D.R., Singh S., Rachlis B., Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C.J., Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators // PLoS Med. — 2006. — Vol. 3 (11). — P. 438.
8. Simoni J.M., Amico K.R., Pearson C.R., Malow R. Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: A review of the literature // Current Infectious Disease Reports. — 2008. — Vol. 10. — P. 515–521.
9. Kavasery R., Galai N., Astemborski J., Lucas G.M., Celetano D.D., Kirk G.D., Mehta S.H. Nonstructured treatment interruptions among injection drug users in Baltimore, MD // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2009. — Vol. 50. — P. 360–366.
10. Smith-Rohrberg D., Mezger J., Walton M., Bruce R.D. and Altice F.L. Impact of enhanced services on virologic outcomes in a directly administered antiretroviral therapy trial for HIV-infected drug users // Journal of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. — 2006. — Vol. 43 Suppl 1. — P. 48–53.
11. Chan A.C., Palepu 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. — Vol. 35, № 1. — P. 56–59.
12. Островский Д.В., Хан Г.Н., Чайка Н.А. Руководство для мультипрофессиональных команд по формированию приверженности к ВААРТ. — СПб.: ООО «Феникс», 2009. — 103 с.
13. Беляева В.В. Формирование приверженности лечению ВИЧ-инфекции: Методическое пособие. — М., 2009. — 86 с.
14. Саранков Ю.А. Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди потребителей инъекционных наркотиков: эффективные программы вмешательства: обзор научной литературы. — М.: Издательство «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW), 2005. — 47 с.
15. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / Под ред. акад. РАМН В.В.Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 494–495.
16. Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных. — М.: АМСЗ, 2008. — 113 с.
17. Беляева В.В., Карпец А.В., Кошкина Е.А., Ленков Г.В., Мартынов Ю.В., Петрунько О.В., Пивень Д.В., Скачков М.В., Софронов А.Г., Шпрых В.В., Шухов В.С., Ющук Н.Д. Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, у лиц, употребляющих психоактивные вещества: Учебное пособие. — М.: Фонд «Здоровая Россия». — 2010. — 113 с.
18. Беляева В.В., Хан Г.Н., Резник А.М., Рюмина И.И. Консультирование пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции: Пособие для медицинских работников. — М.: Проект «Здоровая Россия 2020», 2009. — 64 с.
19. Miller W.R., Rollink S. Motivational interviewing: Preparing people for change. — New York: Guilford Press, 2002. — 35 p.
20. Кытманова Л.Ю., Дегтярев А.А. Факторы, определяющие приверженность к терапии у больных ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 3. — С. 100–107.
21. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E.N., Squier C., Wagener M.M., Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patient with HIV infection // Ann. Intern. Med. — 2000. — Vol. 133, № 1. — P. 21–30.
22. Wood E., Hogg R.S., Lima V.D., Kerr T., Yip B., Marshall B.D., Montaner J.S. Highly active antiretroviral therapy and survival in HIV-infected injection drug users // JAMA: Journal of the American Medical Association. — 2008. — № 300. — P.550–554.
23. 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. — P. 137–139.
24. Мирошников А.Е., Хохлов А.Л. Влияние приверженности к лечению на клинические и лабораторные показатели у больных ВИЧ-инфекцией: Сборник научных работ сотрудников Ярославской государственной медицинской академии, посвященный 65-летию ЯГМА. — Ярославль: ООО «ЯрМедиаГруп», 2009. — С. 136–138.
25. Tassie J.M., Chamla D., Souteyrand Y. Retention on antiretroviral therapy in national programs in low-income and middle-income countries // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2011. — Vol. 56. — P. 102–103.
26. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: открытое, сравнительное, нерандомизированное исследование по изучению приверженности лечению у различных групп пациентов, впервые получающих АРВТ / под ред. В.В.Покровского. — М.: РОСЗДРАВФОНД, 2010. — 60 с.

Статья поступила 29.09.2014 г.

Контактная информация: Кытманова Лилия Юрьевна, e-mail: aidsmag@yandex.ru

Коллектив авторов:

Кытманова Лилия Юрьевна — руководитель Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями города Магнитогорска, г. Магнитогорск, ул. Чкалова, 44, корп. 9;
 Дегтярев Александр Анатольевич — начальник отдела социально-психологической реабилитации и профилактики Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями города Магнитогорска, соискатель на ученую степень г. Магнитогорск, ул. Чкалова, 44, корп. 9;
 Москвичева Марина Геннадьевна — д.м.н., заведующий кафедрой «Общественное здоровье и здравоохранение» факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, проректор по дополнительному профессиональному образованию, г. Челябинск, ул. Воровского, 64.