

УДК 616.9:616-085

МНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ О ФАКТОРАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ И ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ВОВЛЕЧЕНИЮ И УДЕРЖАНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СЕРВИСА

¹А.А.Яковлев, ¹В.Б.Мусатов, ²А.В.Кузнецова, ²А.Ю.Мейлахс, ³Ю.А.Амирханян, ⁴Н.А.Чайка¹Санкт-Петербургский государственный университет, Россия²Междисциплинарный центр по ВИЧ-профилактическим исследованиям и обучению ИКАРТ, Санкт-Петербург, Россия³Центр исследований ВИЧ-профилактических вмешательств CAIR, Медицинский колледж Висконсина, Милуоки, США⁴Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Россия

PROFESSIONAL OPINIONS ABOUT FACTORS THAT FACILITATE OR HAMPER HIV PATIENTS ATTRACTING TO AND RETAINING IN THE SCOPE OF HEALTH CARE SERVICES

¹A.A.Yakovlev, ¹V.B.Musatov, ²A.V.Kuznetsova, ²A.Yu.Meylakh, ³Yu.A.Amirkhanian, ⁴N.A.Chaika¹Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia²ICART — Interdisciplinary Center for AIDS Research and Training, Saint-Petersburg, Russia³Medical College of Wisconsin, Research Centre of HIV prevention interventions, Milwaukee, WI, USA⁴St. Petersburg Pasteur Institute of Epidemiology and Microbiology, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

Раннее вовлечение лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), в медицинский сервис позволяет начать лечение ВИЧ-инфекции на ранних стадиях, улучшает приверженность ЛЖВ к лечению, повышает эффективность антиретровирусной терапии (АРТ), увеличивает продолжительность и улучшает качество жизни пациентов, предупреждает распространение ВИЧ. Для изучения факторов, способствующих и препятствующих вхождению и удержанию ЛЖВ в системе медицинской помощи, в 2013–2014 гг. были проведены глубинные интервью с 30 «провайдером услуг» — специалистами, оказывающими медико-социальную помощь ЛЖВ в системе государственных учреждений (ГУ) и негосударственных организаций (НО). Обнаружены различия во мнениях об эффективности разных стратегий. Представители ГУ чаще упоминали о выявлении ВИЧ в результате обследования по клиническим и эпидемиологическим показаниям, при обследовании беременных женщин и плановом тестировании населения, а работники НО говорили об эффективности целевого информирования. Основные факторы, способствующие вхождению и удержанию ЛЖВ в сервисе — наличие мультидисциплинарных команд и эффективный кейс-менеджмент, а также эффективное до- и послетестовое консультирование. Три четверти информантов указали на позитивную роль сообщества ЛЖВ. При анализе факторов, мешающих вхождению и удержанию ЛЖВ в медицинском сервисе, были выявлены две группы барьеров — на уровне системы медицинского сервиса (инфраструктура, качество работы специалистов, случаи нарушения конфиденциальности) и на уровне семьи и окружения (наличие стойких мифов по поводу ВИЧ и стигматизация ЛЖВ).

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ЛЖВ, медицинский сервис.

Early attracting of HIV patients to health care services allows commencing HIV treatment at earlier stages, facilitates adherence to therapy, increases ART effectiveness, improves life quality of patients, and prevents HIV spread. To study factors that facilitate or hamper the involvement and retention of people living with HIV (PLH) in health care services, in-depth interviews were conducted in 2013–2014 with 30 providers of medico-social services to PLH at state institutions (SI) and non-state organizations (NO). Differences in the opinions of these two groups of professionals were found. SI representatives talked more about HIV detection resulting from examinations of clinical or epidemiological indications, pregnant women examinations, and planned testing for HIV. An NO representative spoke more about the effectiveness of targeted educational interventions. The main factors that facilitate HIV patients involvement and retention in HIV health care services are the presence of multidisciplinary teams, effective case management, and effective pre- and posttest counseling. Three of four informants pointed out positive roles of communities of people who live with HIV. Two groups of barriers against HIV patients involvement and retention in health care services were identified. One group relates to health care services (infrastructure, quality, and privacy). The other group relates to attitudes frequently held in families and communities (persistent myths about HIV and stigmatization of people living with HIV).

Key words: HIV infection, people living with HIV, health care services.

Введение. В России среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, доля тех, кто включен в систему медицинского сервиса и получает современную антиретровирусную терапию (АРТ), меньше аналогичных показателей многих стран, включая регионы Африки южнее Сахары [1]. Выступая на открытии 66-й сессии Регионального комитета ВОЗ, директор Европейского регионального бюро ВОЗ отметила: «несмотря на все усилия, нам пока не удалось обуздать эпидемию. Число случаев ВИЧ-инфекции продолжает повышаться на 7% с 2010 г. Показатели охвата лечением не поспевают за ростом числа ВИЧ-инфицированных лиц. Эпидемия все еще сконцентрирована в ключевых группах населения, которые сталкиваются со структурными барьерами для доступа к услугам. Нам необходимо расширить масштабы адресных вмешательств. Научно обоснованные подходы, в особенности направленные на ключевые группы населения... должны быть в полной мере внедрены во всех странах» [2].

По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), в 2013 году в глобальных масштабах доступ к АРТ имели примерно 12,9 млн. человек, что составляет 39% от числа людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ). Однако охват лечением ЛЖВ в разных регионах мира варьирует в значительной степени. Например, если в Латинской Америке он составляет 45%, а в Северной Америке, Западной и Центральной Европе — даже 51%, то в странах Восточной Европы и Центральной Азии АРТ получают только 21% ЛЖВ, т.е. один из пяти нуждающихся в лечении [3]. Это обусловлено не только высокой стоимостью соответствующих лекарств, но и недостаточной доступностью медицинского сервиса для ЛЖВ.

Результаты исследований, выполненных в последние годы, показали, что антиретровирусная терапия, снижая вирусную нагрузку у ВИЧ-позитивных пациентов, не только приносит пользу для здоровья инфицированных людей, но и значительно уменьшает вероятность дальнейшей передачи ВИЧ другим людям. В соответствии с этим АРТ и медицинская помощь ЛЖВ в целом являются новым эффективным инструментом для профилактики ВИЧ-инфекции [4]. Однако благоприятные лечебно-профилактические последствия для общественного здравоохранения могут быть достигнуты только тогда, когда ЛЖВ вовлекаются в медицинский сервис, регулярно посещают лечащего врача, получают АРТ, выполняют необходимые лечебно-диагностические мероприятия и в полной мере придерживаются схемы приема препаратов. Доступность медицинских служб и широкое тестирование

с последующим назначением АРТ позволяют пациентам достичь снижения уровня вирусной нагрузки до неопределяемого, что уменьшит количество новых случаев ВИЧ-инфекции и снизит частоту ВИЧ-ассоциированных заболеваний [5].

В то же время в России значительная часть ЛЖВ после диагностирования у них ВИЧ-инфекции не вовлекаются в систему медицинского сервиса, а многие из тех, кто начал лечение, не придерживаются схем приема препаратов на том уровне, который необходим для полного подавления вирусной нагрузки. В Санкт-Петербурге в течение 2008–2010 гг. прием антиретровирусных препаратов прекратил каждый третий пациент [6], причем это касается не только людей с «отягощенным анамнезом» — лиц, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих наркотики. Традиционные стратегии работы с ЛЖВ-сообществом не всегда оказываются эффективными в достижении целей вовлечения и удержания ЛЖВ в медицинском сервисе [7]. При этом именно доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению [8].

В связи с этим раннее вовлечение в медицинский сервис ЛЖВ является одной из важных задач современной ВИЧ-медицины. Именно активное вовлечение ЛЖВ в медицинский сервис позволяет начать лечение ВИЧ-инфекции на ранних стадиях, улучшает приверженность ЛЖВ к лечению, повышает эффективность АРТ, увеличивает продолжительность и улучшает качество жизни пациентов, предупреждает дальнейшее распространение ВИЧ.

Цель данного исследования состояла в изучении факторов, способствующих и препятствующих вхождению и удержанию ЛЖВ в систему медицинской помощи.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели в 2013–2014 гг. в Санкт-Петербурге были проведены глубинные интервью со специалистами, оказывающими квалифицированную медико-социальную помощь ЛЖВ в системе государственных и негосударственных организаций. Ими являлись работники государственных СПИД-сервисных учреждений (ГУ) — центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, инфекционных стационаров и отделений инфекционных заболеваний амбулаторных учреждений, районных социальных центров для ВИЧ-инфицированных пациентов. Также к провайдерам относились и представители негосударственных СПИД-сервисных организаций (НО).

Для проведения глубинных интервью были выбраны 30 специалистов, оказывающих услуги

ЛЖВ, владеющих соответствующей информацией и отличающихся глубоким пониманием местного ЛЖВ-сообщества (информанты). Среди них было 13 работников ГУ и 17 представителей НО.

В интервью с провайдерами СПИД-сервисных услуг были включены вопросы и темы для обсуждения с целью выявления информации по следующим разделам:

а) существующие стратегии вовлечения ЛЖВ в сервис, успехи и недостатки этих стратегий;

б) возможности и барьеры существующего сервиса для ЛЖВ, причины избегания служб с точки зрения провайдеров;

в) характеристики ЛЖВ, вовлеченных в систему медицинского сервиса, и характеристики тех ЛЖВ, которые остаются вне ее;

г) рекомендации провайдеров по поиску тех ЛЖВ, кто остается за пределами системы медицинского наблюдения и сервиса, и пути вовлечения их в медицинскую систему;

д) причины низкой приверженности лечению и способы ее повышения.

Интервью проводились профессиональными интервьюерами индивидуально с каждым информантом, с применением заранее разработанного руководства по проведению интервью. Руководство представляло собой список основных вопросов и обсуждаемых тем, но позволяло беседе быть достаточно гибкой для того, чтобы расширить и углубить обсуждаемые темы в зависимости от опыта информанта, как того требуют стандарты проведения исследований с использованием качественной методологии [9]. В отличие от количественных методов, предполагающих сбор информации от большой выборки участников и статистический анализ данных (фиксацию количественных параметров), качественные методы исследования характеризуются сбором данных от небольшой группы информантов и углубленным выявлением мнений, опыта, мотивации и т.п. с целью познания качества явлений, например, причин того или иного поведения людей.

Продолжительность каждого глубинного интервью составляла приблизительно 2 часа, проводилась аудиозапись каждой беседы. Все аудиозаписи глубинных интервью были переведены в текстовый формат и затем проанализированы с помощью специализированной компьютерной программы MAXQDA®, предназначенной для анализа качественных данных [10].

Кодирование данных глубинных интервью осуществлялось поэтапно. Данные кодировались по типу провайдера (ГУ или НО), по содержанию основных аналитических категорий и тем (стратегии выявления ЛЖВ; факторы, помогающие удерживать ЛЖВ в медицинском сервисе; барьеры на пути

получения услуг). После анализа текстов выявляемые категории были сгруппированы в блоки для выявления отношений между различными факторами внутри основных аналитических тем. На заключительном этапе кодирования были выявлены новые категории и объясняющие модели.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате анализа данных интервью были обнаружены различия во мнениях специалистов об эффективности разных стратегий выявления ЛЖВ и их вовлечения в медицинский сервис. Представители ГУ чаще упоминали о выявлении ВИЧ-инфицированных пациентов в результате обследования по клиническим и эпидемиологическим показаниям сотрудниками амбулаторных и стационарных медицинских учреждений, при регламентированном обследовании беременных женщин и при проведении планового тестирования населения:

«Врач при первой встрече с пациентом не знает о том, что он ВИЧ-инфицированный, но каждый пятый из этой группы является пациентом на поздней стадии, у него есть СПИД-маркерные заболевания».

«В прошлом году этот «трал тестирования», которое проводят ЛПУ области, захватывал всех, кто шел на операцию».

«У 50% ВИЧ-инфицированных беременных диагноз устанавливается во время беременности».

В то же время работники НО говорили об эффективности выявления в результате целевого адресного информирования и «сарафанного радио»:

«Поток шел пациентов от «сарафанного радио» и от психологов, поэтому мне кажется, что это оптимальный вариант».

«У нас очень много сейчас идет пациентов в результате работы «сарафанного радио» — то есть кто-то пришел на группу, рассказал кому-то и понеслось...».

«Мне кажется, что нужно вообще как можно больше информации давать — наклейки, социальной рекламы и вообще всего... Моя любимая тема: информация везде, информация всем — чтобы как можно больше народу знало».

Сотрудниками НО в большей степени, чем сотрудниками ГУ, подчеркивалась важность адресной информации, осуществляемой через интернет:

«Когда просматриваешь какие-то на форумах записи, видишь вопросы. Там тоже можно к человеку обратиться, потому что понимаешь, что он задает вопрос неспроста. И можно ему предложить наши координаты, и если он захочет, то сможет обратиться».

О роли консультаций специалистов и волонтеров по телефонам доверия упомянули только 16% участников исследования, что может говорить как об ограниченности указанного сервиса в Санкт-Петербурге, так и о снижении роли и востребованности телефонного консультирования в период широкого доступа к информационным ресурсам и виртуальному консультированию в интернете.

Факторы, способствующие интеграции ЛЖВ в медицинский сервис. Основными факторами, способствующими вхождению и удержанию ЛЖВ в сервисе, по мнению провайдеров, являются наличие мультидисциплинарных команд и эффективный кейс-менеджмент, включая сотрудничество с другими провайдерами, дополнительный сервис для потребителей инъекционных наркотиков (детоксикация и различные виды наркологической помощи), оказание парамедицинских услуг. Положительная роль мультидисциплинарных команд и системы индивидуального медико-социального сопровождения (кейс-менеджмент) в обеспечении доступа «сложных пациентов» из числа ЛЖВ к медицинскому сервису была показана и в ряде других исследований [11, 12]. Особое внимание провайдеры уделяли кейс-менеджменту как эффективному методу вовлечения ЛЖВ:

«Возьмем городскую наркологическую больницу — там выявляется ВИЧ-инфекция при поступлении. У нас там тоже имеется специалист, кейс-менеджер — соответственно, он может брать пациентов на сопровождение и в дальнейшем уже дальше оказывать содействие на получение услуг, направленных на ВИЧ-инфекцию».

Вторым по значению фактором, по мнению специалистов, было эффективное до- и послетестовое консультирование — имелось в виду высокое качество консультирования, достаточность времени на консультации, повышение грамотности и информированности пациентов с помощью памяток и брошюр, предоставление конкретной информации.

Три четверти информантов указали, что для вовлечения в медицинский сервис большую роль может играть сообщество ЛЖВ (группы взаимопомощи, отзывы и опыт других ВИЧ-позитивных пациентов, вдохновляющие примеры интегрированных в сервис ЛЖВ, школы пациента, равное консультирование, общение в интернете с ЛЖВ):

«Это как какой-то снежный ком: если человек понимает, что там, куда его пригласили, территория безопасная, что здесь никто ни на какие учеты не ставит, разговаривают радушно и оказывают еще какую-то помощь, то он приведет еще туда людей».

«Люди, у которых уже есть диагноз, приводят своих друзей, говорят о своих друзьях».

«Если говорить о нашей организации, как к нам приходят — это, кстати, сайты, где общаются ВИЧ-положительные люди».

Также провайдеры упоминали отдельные личностные характеристики ЛЖВ, которые позволяли им легко вовлекаться в медико-социальный сервис и лечение — открытость, коммуникабельность, наличие мотивации на поддержание здоровья и др. Около 80% участников исследования обратили внимание на существенное значение личной мотивации ЛЖВ на вхождение в сервис, а также отметили необходимость воздействия через ценности пациента. Большое значение для удержания ЛЖВ в системе медицинской помощи имеет, с точки зрения провайдеров, осознание самими ЛЖВ возможностей повышения качества их жизни и увеличение ее продолжительности, т.е. возможности жить долго, надежды на излечение от ВИЧ, возможности контролировать состояние своего здоровья, перспективы повышения работоспособности и возможности содержать свою семью.

Важную роль в вовлечении и удержании ЛЖВ в системе лечения, по мнению провайдеров, играет доверие к отдельным врачам и всей службе, авторитет учреждения, лояльное отношение к ВИЧ-инфицированным со стороны медицинских работников. Позитивный эффект также оказывают получение дополнительной помощи в виде медико-социальной реабилитации — моральная поддержка врача, психологическая помощь, социальная и материальная помощь, оформление инвалидности, получение выплат и льгот. Следует отметить, что представители ГУ в 3 раза чаще указывали на значение эффективного лечения ВИЧ-инфекции для удержания пациентов в системе медицинской помощи, а работники НО в 2 раза чаще обращали внимание на комфортность СПИД-сервисных служб для ЛЖВ и возможность получения парамедицинского сервиса.

По мнению большинства провайдеров услуг, сильными сторонами, способствующими вовлечению и удержанию ЛЖВ в системе медицинского сервиса, являются доступность и бесплатность антиретровирусной терапии, доступные и бесплатные лабораторные и инструментальные обследования:

«Все-таки возможность провести в СПИД-центре полный мониторинг здоровья является большим плюсом».

«Самое главное, что сейчас есть доступная бесплатная антиретровирусная терапия. Мы можем дискутировать... плюсы и минусы — в любой схеме есть плюсы и минусы. Но вот бес-

платное лечение — это один из самых главных моментов».

Однако только половина опрошенных специалистов отметили значение систематического лечения ВИЧ-инфекции в профилактике заражения серодискордантных партнеров и предупреждении вертикальной передачи ВИЧ, хотя это могло бы стать эффективным способом мотивирования пациентов на начало лечения и удержания в медицинской системе.

Факторы, препятствующие интеграции ЛЖВ в медицинский сервис. При анализе барьеров, мешающих вхождению и удержанию ЛЖВ в медицинский сервис, были выявлены две группы — барьеры на уровне системы медицинского сервиса и барьеры на уровне семьи и окружения ЛЖВ. Подавляющее большинство информантов указали на проблемы доступности медицинских служб, условий получения услуг в них, разобщенность сервисов:

«Чтобы получить у нас медицинскую помощь, нужно достаточно много времени — чтобы хотя бы встать на учет, сдать все анализы и так далее».

«Опять же, разобщенность структур, потому что пока от одних до других документы дошли, человек потерялся».

«Пока ты отсидел в одной очереди, во второй, сначала на иммунологический тест сдал, потом к врачу отсидел очередь, потом еще за таблетками отсидел очередь — это, в лучшем случае, полдня».

Сохранение системы вертикального разделения отечественной медицины способствует сохранению барьеров для пациентов: перенаправление ЛЖВ к другим врачам, трудности осуществления консультации «узкими» специалистам, и необоснованные отказы в помощи, навязывание платного обслуживания, слабое функционирование парамедицинских служб. Очень часто информанты обращали внимание на недостаточно высокое качество работы специалистов, наличие системы жесткого прикрепления к конкретному врачу, нехватку медицинского персонала и недостаточную оперативность обслуживания:

«Вот эти ограничивающие моменты — время работы, выходные дни, длительность работы врача, режим ожидания, все это, естественно, вызывает дискомфорт у пациента».

По мнению специалистов, значимым барьером для пациентов является нарушение конфиденциальности. Каждый провайдер в своем интервью рассказывал как минимум одну реальную историю, когда в результате непрофессиональных действий медицинских работников происходило раскрытие ВИЧ-положительного статуса пациента: утрата

конфиденциальности при проведении эпидемиологического расследования, риск нарушения конфиденциальности в небольших населенных пунктах, случаи нарушения врачебной тайны:

«Я просто знаю случаи, когда родственники являются медиками, и они, когда узнают, что вдруг она пошла к инфекционисту, начинают «докапываться». И, к сожалению, сегодня медики далеко не всегда соблюдают конфиденциальность — скажут о диагнозе».

«По телефону сообщили. Вот так, позвонили, была там родственница, уж не помню — бабушка или мама была — и ей сообщили. То есть медсестра, видно, звонила».

«Вот в этом году случай — это многопрофильный стационар, достаточно известный в городе. Я читала там лекцию по «ВИЧ» общую такую. И встает врач-эпидемиолог, которая сидела на первом ряду ... И говорит: «Вы знаете, мы при диспансеризации выявили врача-хирурга в нашем стационаре», называет его фамилию... сидит полный конференц-зал врачей... «Как нам его уволить?»»

Основными барьерами на уровне семьи и окружения, на которые указали более 90% информантов, является существование стойких мифов относительно ВИЧ-инфекции среди населения, что обусловлено слабой работой средств массовой информации (СМИ), плохим освещением данной тематики, доступностью СМИ для людей, отрицающих само существование ВИЧ (СПИД-диссидентов), низкой толерантностью населения к ВИЧ-инфицированным и стигматизацией ЛЖВ в общественном мнении:

«Недобрую службу служат слухи, мифы, что СПИДа нет, что это происки фармацевтических компаний, которые на этом делают огромные деньги, что эта терапия вредна больше, чем сам вирус... Такие мифы существуют и портят жизнь значительно».

«Общество у нас не толерантное по отношению к ВИЧ-инфицированным. Только-только еще зреет».

«Отчего все эти страхи? Оттого, что имеется дискриминация со стороны общества».

Препятствуют вхождению ЛЖВ в сервис различные проблемы в семье, отказ семьи и близких от общения, слабая поддержка со стороны членов семьи, иногда доходящая до проявлений открытой агрессии по отношению к ВИЧ-позитивным близким:

«Если она раскроет свой ВИЧ-статус, он может ее с детьми вообще выбросить на улицу».

«Если отец узнает, что сын инфицирован ВИЧ, он его убьет просто».

Представляют интерес результаты изучения мнения провайдеров о характеристиках ЛЖВ, трудно вовлекаемых в медицинский сервис. По мнению всех информантов, основным барьером является зависимость или асоциальность ВИЧ-положительного пациента (прежде всего — зависимость от употребления психоактивных веществ, уличный образ жизни, наличие судимостей). Сравнивая легко и трудно вовлекаемых в медицинский сервис ЛЖВ, в качестве препятствия для включения человека в систему лечения, специалисты отметили некоторые личные характеристики: инфантильность, безответственность, отсутствие ценности здоровья и мотивации на его поддержание, фатализм и суицидальные наклонности, невежество и низкая информированность о заболевании и сервисах, негативный опыт взаимодействия с медициной в прошлом. Частыми, по мнению провайдеров, причинами трудностей при вовлечения ЛЖВ в медицинский сервис являются непринятие человеком своего диагноза и самостигматизация — восприятие своей ущербности, чувство вины по отношению к близким людям и к родителям, жизнь с закрытым ВИЧ-статусом.

Заключение. Значительная доля ЛЖВ в России находится вне системы медицинского наблюдения. Данное исследование позволило выявить мнения специалистов ВИЧ-сервиса Санкт-Петербурга о факторах, как способствующих, так и препятствующих вовлечению ЛЖВ в систему медицинского наблюдения.

Основными группами позитивных факторов явились наличие мультидисциплинарных команд и кейс-менеджеров, способных оказать помощь не только связанную с вовлечением в ВИЧ-сервис, но и другие виды помощи, актуальные для пациентов. Другие факторы — до- и послетестовое консультиро-

вание, а также наличие социальной поддержки от других ЛЖВ и групп взаимопомощи — также оказались значимыми. Были также отмечены личностные характеристики — например, высокая мотивированность на поддержание здоровья — способствующие легко вовлекаться в сервис и лечение. Еще одна группа факторов, способствующих вовлечению — моральная и психологическая поддержка врача, доверие к учреждению, а также эффективность терапии.

В числе групп факторов, препятствующих эффективности вовлечения в ВИЧ-сервис, были отмечены многочисленные барьеры, связанные с самой системой лечения ВИЧ-инфицированных, в том числе ее инфраструктурой, качеством работы специалистов, а также имеющими место случаями нарушений конфиденциальности. Другая группа факторов, препятствующих вовлечению в сервис, была связана с многочисленными и разнообразными барьерами, как на уровне семьи, так и на уровне социального окружения, связанные с наличием в обществе стойких мифов по поводу ВИЧ-инфекции и стигматизацией ЛЖВ.

Необходимыми мерами, способствующими совершенствованию системы медицинского наблюдения ЛЖВ, представляются: 1) социальная реабилитация и дестигматизация ЛЖВ; 2) адаптация инфекционной службы, оказывающей помощь ВИЧ-инфицированным больным, к пациент-ориентированной модели и повышение мультидисциплинарной подготовки специалистов; 3) недопустимость разглашения конфиденциальности в рамках системы медицинского наблюдения; 4) стимулирование взаимодействия ГУ с НО ВИЧ-сервиса с целью организации совместных программ и выработки тактических шагов, направленных на совершенствование стратегий вовлечения ЛЖВ в систему медицинского наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Together we will end AIDS: report preceding the Nineteenth International Conference on AIDS.* — Geneva: UNAIDS, 2012. — 5 p.
2. *Выступление* директора Европейского регионального бюро ВОЗ 15 сентября 2014 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. — <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/speeches-and-presentations/opening-address-by-zsuzsanna-jakab,-who-regional-director-for-europe> (дата обращения 16.09.2014).
3. *Глобальная эпидемия СПИДа: ключевые факты.* Информационный бюллетень 2014. Женева: ЮНЭЙДС, 2014. — http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_ru.pdf (дата обращения 16.09.2014).
4. *Antiretroviral treatment is HIV prevention: the proof is here.* IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. Media release, 18 July 2011. — Roma: IAS, 2011. — 2 p.
5. *Nakashima A.K., Campsmith M., Wolfe M.I., Nakamura G.* Late versus early testing of HIV — 16 sites, United States, 2000–2003 // *J. Amer. Med. Ass.* — 2003. — Vol. 290. — P. 455–457.
6. *Дворак С.И., Степанова Е.В., Сизова Н.В., Рассохин В.В., Малькова Т.В.* Причины прекращения ВААРТ. Результаты длительного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2011. — Т.3, № 3. — С. 52–57.

7. Яковлев А.А., Амирханян Ю.А., Мусатов В.Б., Чайка Н.А., Яблонский П.К., Кострицкая С.С. Новые методические подходы для улучшения вовлечения ВИЧ-инфицированных пациентов в систему оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6, № 1. — С. 66–73.
8. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т. В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха. Медицинские новости. — 2009. — №12. — С. 6–12.
9. Bernard H. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches (4th ed.). — New Delhi: Alta Mira Press, 2006. — 806 p.
10. Программа MAXQDA Plus v10.9.8.1. — <http://netzor.org/soft/warez/75410-maxqda-plus-v10981.html> (дата обращения 16.09.2014).
11. Руководство для мультипрофессиональных команд по формированию приверженности к ВААРТ / Под ред. Д.В.Островского, Г.Н.Хан и Н.А.Чайки. — СПб: РОО Возвращение, 2009. — 103 с.
12. Шаболтас А.В. Индивидуализированный кейс-менеджмент для потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в ВААРТ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6, № 2. — С. 87–94.

Поступила в редакцию: 28.11.2014 г.

Контактная информация: Мусатов Владимир Борисович, e-mail: doctormusatov@gmail.com

Коллектив авторов:

Яковлев Алексей Авенирович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб. д. 7–9, e-mail: iakovlevhome1956@yahoo.com;
Мусатов Владимир Борисович — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9, e-mail: doctormusatov@gmail.com;
Кузнецова Анна Валерьевна — руководитель проекта, Междисциплинарный центр по ВИЧ-профилактическим исследованиям и обучению ИКАРТ, 193167, Санкт-Петербург ул. Миргородская, д. 3, корп. 2, офис. 2, 3, e-mail: ankir21@gmail.com;
Мейлахс Анастасия Юрьевна — н.с., Междисциплинарный центр по ВИЧ-профилактическим исследованиям и обучению ИКАРТ, 193167, Санкт-Петербург ул. Миргородская, д. 3, корп. 2, офис. 2, 3, e-mail: nastia.meylaks@gmail.com;
Амирханян Юрий Альбертович — к.п.н., руководитель проекта, Центр исследований ВИЧ-профилактических вмешательств CAIR, Медицинский колледж Висконсина, Милуоки, Висконсин, США, e-mail: yuri@mcw.edu;
Чайка Николай Анатольевич — к.м.н., в.н.с. Санкт-Петербургского НИИЭМ им. Пастера, 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14, e-mail: nchaika@mail.ru.

Уважаемые коллеги

Готовится к печати сборник работ

«Молекулярная, клиническая и математическая эпидемиология ВИЧ». — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2015. — 260 с.

«Библиотека журнала „ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии”»

Заявки на книгу можно оформить по адресу:

190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, лит. Б,
e-mail: infeklcijaids@gmail.com

ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:

ОБЪЕДИНЕННЫЙ КАТАЛОГ «ПРЕССА РОССИИ» — **42178**
КАТАЛОГЕ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ» — **57990**