

УДК 616.981.21/.958.7:616-085

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2023-15-2-59-68>

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ПОСЛЕ ПЕРЕХОДА ИЗ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ВО ВЗРОСЛУЮ МЕДИЦИНСКУЮ СЛУЖБУ

© ¹П. В. Сафонова*, ²О. В. Кольцова¹Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, Россия²Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить приверженность АРТ и непрерывность лечения у молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, в первые годы после перехода из детской во взрослую службу Центра СПИД, а также проанализировать факторы, связанные с нарушением приверженности лечению после перехода во взрослое отделение.

Материалы и методы. В нашем исследовании получены с помощью аудита медицинских карт и проанализированы случаи 86 молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, среди которых 53,5% девушки и 64,0% проживали дома на момент своего 18-летия, и которые более одного года назад переведены из детской во взрослую службу Центра СПИД.

Результаты и их обсуждение. Большинство (92%) молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, удержались в системе медицинской помощи в первый год после перехода, но лишь 53–62% высоко привержены лечению и наблюдению по поводу ВИЧ-инфекции в первые несколько лет после перехода. Случаи неприверженности лечению в период детско-подросткового возраста, «более сложная» схема АРТ и отсутствие социальной поддержки взрослого на момент совершеннолетия повышают вероятность нарушения приверженности лечению в первый год после перехода во взрослую службу, а сочетание этих факторов имеет негативные последствия для приверженности и непрерывности лечения в течение более длительного периода времени.

Заключение. Успешный переход из педиатрической во взрослую службу для пациентов, живущих с ВИЧ с рождения или детства, требует особого дополнительного внимания медицинской системы, способствует сохранению индивидуального здоровья каждого пациента, ставит своей целью остановить ВИЧ во втором поколении.

Ключевые слова: молодые люди, живущие с ВИЧ с рождения или детства (МЛЖВ); приверженность лечению; социальная поддержка; переход из педиатрической службы во взрослую сеть

*Контакт: Сафонова Полина Владимировна, polinasafonova@mail.ru

ADHERENCE TO TREATMENT IN YOUNG PEOPLE WITH PERINATAL HIV INFECTION IN THE FIRST YEARS AFTER TRANSITION FROM PEDIATRIC TO THE ADULT MEDICAL SERVICE

© ¹P. V. Safonova*, ²O. V. Koltsova¹St. Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, St. Petersburg, Russia²St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, St. Petersburg, Russia

Objective. To assess ART adherence and treatment continuity in young adults living with HIV since birth or childhood in the first years after transition from paediatric to adult service of the AIDS Center, as well as to analyse factors associated with treatment adherence interruption after transition to adult care.

Materials and methods. In our study, 86 cases of young people living with HIV since birth or childhood were obtained by chart audit and analyzed, among whom 53.5% were girls and 64.0% lived at home at the time of their 18th birthday, who have been transferred from paediatric to adult care of the AIDS Center for more than one year.

Results and discussion. The majority (92%) of young adults living with HIV since birth or childhood retained in the health care system in the first year after the transition, but only 53–62% were highly adherent to treatment and monitoring for HIV infection in the first years after the transition. Episodes of non-adherence to treatment during childhood and adolescence, «more complex» ART scheme and the lack of adult's social support at the time of 18th birthday increase the likelihood of interruption

in treatment adherence in the first year after transition to adult care, while the combination of these factors has negative consequences for adherence and continuity of treatment for a longer period of time.

Conclusion. Successful transition from paediatric to adult care for patients living with HIV since birth or childhood requires special additional attention of the health care system, contributes to the health protection of each patient, aims to stop HIV in the second generation.

Key words: young people living with HIV since birth or childhood (YPLHIV); adherence to treatment; social support; transition from pediatric to adult service

*Contact: *Safonova Polina Vladimirovna, polinasafonova@mail.ru*

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Сафонова П.В., Кольцова О.В. Приверженность лечению у молодых людей с перинатальной ВИЧ-инфекцией в первые годы после перехода из педиатрической во взрослую медицинскую службу // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2023. Т. 15, № 2. С. 59–68, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2023-15-2-59-68>.

Conflict of interest: the authors stated that there is no potential conflict of interest.

For citation: Safonova P.V., Koltsova O.V. Adherence to treatment in young people with perinatal HIV infection in the first years after transition from pediatric to the adult medical service // *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2023. Vol. 15, No. 2. P. 59–68, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2023-15-2-59-68>.

Введение. Антиретровирусная терапия (АРТ), подавляя вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), способствует сохранению иммунной системы человека и предотвращает развитие заболеваний, тем самым позволяет детям, рожденным с ВИЧ или получившим ВИЧ в детстве в подавляющем большинстве перинатальным путем, вырасти и стать молодыми людьми, планирующими продолжительную жизнь. Основным фактором успеха АРТ является непрерывность и приверженность пожизненному приему антиретровирусных препаратов [1].

Число российских молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства (МЛЖВ), которые достигают своего совершеннолетия, продолжает увеличиваться. Первое поколение ВИЧ-инфицированных детей, рожденных в конце 1990–2000-х годов, в возрасте 18 лет переходят из педиатрической инфекционной службы во взрослую службу Центров СПИД и образуют новую группу «взрослых» пациентов.

Делая фокус на приверженности лечению и рисках ее нарушения, мы называем эту группу пациентов «особой» по следующим причинам. Во-первых, как показывает опыт медицинского наблюдения, подростковый и молодой возраст характеризуется самой низкой приверженностью к терапии и более высокими рисками прерывания наблюдения и лечения по сравнению с детьми и взрослыми [2, 3].

Во-вторых, сложность удержания в системе медицинской помощи для молодых людей с перинатальной ВИЧ-инфекцией объясняется их уникаль-

ными психологическими и медицинскими потребностями и тем, как они справляются с ними в наиболее сложный «переходный» период развития личности. МЛЖВ сталкиваются с такими трудностями психологического характера, как опыт раскрытия ВИЧ-статуса, длительное переживание ВИЧ-стигматизации, пересмотр своего отношения к ВИЧ-инфекции в связи с сексуальным дебютом, переживание утраты родителя из-за ВИЧ [4, 7].

Дополнительные трудности могут создавать социальные факторы, включая нестабильность местожительства, питания, финансов, отсутствие занятости (учебой или работой) [5], изменение медико-социального статуса. Ситуация инвалидности ВИЧ-инфицированного ребенка как инвалида детства рассматривается в качестве поддержки/опеки со стороны государства. Однако с точки зрения психологической практики, медико-социальный статус инвалидности и его снятие по достижении ВИЧ-инфицированным молодым человеком 18-летия — в том и другом случае — можно считать определенным вызовом для личности. «Вызов представляет собой такую значимую жизненную ситуацию, когда допускаются разные варианты осознаемых действий, как активную конфронтацию с ситуацией (принятие вызова), так и уклонение и дистанцирование от нее» [6]. Различное отношение МЛЖВ к множественным вызовам приводит к совершенно разным психологическим, социальным и медицинским последствиям, включая нейрокогнитивные

нарушения, расстройства психоэмоциональной сферы, отказ от наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции [2, 4, 5].

В-третьих, сам по себе переход из детской — комплексной, компактной, ориентированной на ребенка, во взрослую, массовую, неиндивидуализированную службу является фактором риска нарушения приверженности и непрерывности лечения, в том числе и потому, что предполагает ряд изменений — изменение привычной модели диспансерного наблюдения, увеличение ответственности за планирование и управление своим здоровьем, снижение вовлеченности опекающего взрослого [8]. Зарубежные исследования показывают, что молодые люди при переходе из педиатрической службы во взрослую систему помощи по поводу ВИЧ-инфекции часто теряются из наблюдения, только 50% из них удерживаются в системе помощи [9–11]. Единичные публикации российских исследователей отмечают лишь 15% удержавшихся в системе медицинской помощи после перехода из детской во взрослую службу, полученные на выборке молодых людей, заразившихся ВИЧ в результате своего рискованного поведения [12].

Переход из инфекционной педиатрической во взрослую службу не является простой административной процедурой — формальным переводом диспансерного учета из одного подразделения здравоохранения в другое. Специалисты в области других хронических детских заболеваний обращают внимание на то, что «перевод» — это фактическое событие, когда молодой человек переводится из детской во взрослую службу, и если этот процесс проводится без помощи и поддержки, то связан с повышенными рисками прогрессирования заболевания и смертности [4, 13]. В литературе используется определение «перехода» как «запланированного целенаправленного процесса по удовлетворению медицинских, психосоциальных и образовательно-информационных потребностей подростка или молодого человека с хроническим физическим и соматическим состоянием, который оставляет детскую и переходит во взрослую систему медицинской помощи» [4, 14].

Процесс перехода предполагает формирование у молодого человека новых поведенческих навыков, осознанного отношения к здоровью, выстраивание новых социальных контактов, а значит, требует условий, времени и поддержки. На успешность перехода из педиатрической во взрослую службу влияют различные индивидуальные (внутренние) и связанные с окружением и системой

(внешние) факторы, которые могут по-разному сочетаться между собой [15, 16].

Принимая во внимание, что первое поколение российских молодых людей с перинатальной ВИЧ-инфекцией часто имели статус ребенок-сирота и проживали до 18 лет в детском учреждении, не имея никаких родственников, мы обратили внимание на такой фактор, как социальная поддержка значимого взрослого на момент совершеннолетия и его роль в сохранении здоровьесберегающего поведения у МЛЖВ после перехода во взрослую службу. Под социальной поддержкой взрослого мы понимаем участие и заботу со стороны опекающего взрослого, как правило, законного представителя (биологического родителя, опекуна, приемного родителя), с которым молодой человек на момент своего совершеннолетия состоял в многолетних отношениях, которые могли давать чувство принадлежности, чувство самоценности и точно давали возможность подростку получать эмоциональную, практическую и информационную помощь.

Ряд исследователей рассматривают социальную поддержку как фактор, способствующий вовлечению человека в заботу о своем здоровье [17], а ее отсутствие у людей, живущих с ВИЧ, становится барьером для приверженного лечения [18–20]. Социальная поддержка взрослого, наряду с благоприятным раскрытием ВИЧ-статуса ребенку, является основным фактором, влияющим на приверженность лечению у подростка с перинатальной ВИЧ-инфекцией в период диспансерного наблюдения перед переходом на взрослое отделение [21]. В то же время важным предиктором прерывания лечения после перехода во взрослую службу является плохая приверженность в последние годы перед переходом [22].

Цель: оценить приверженность АРТ и непрерывность лечения у молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, в первые годы после перехода из детской во взрослую службу Центра СПИД и проанализировать факторы, связанные с нарушением приверженности лечению после перехода во взрослое отделение.

Материалы и методы. Исследование проводилось ретроспективно по анализу переменных из медицинских карт молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, после их перехода из педиатрической во взрослую службу СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее — Центр СПИД) при достижении ими возраста 18 лет (± 6 месяцев) в течение 2016–2021 годов.

Стоит сказать несколько слов об организации медицинской помощи детям и взрослым, живущим с ВИЧ, в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербургский Центр СПИД является комплексной медицинской структурой, которая уникально сочетает поликлинику для пациентов с ВИЧ-инфекцией всех возрастов и стационар для взрослых пациентов. Младенцы, дети и подростки до 18 лет получают медико-социально-психологические услуги на отделении материнства и детства (в тексте мы используем понятие «детское/педиатрическое отделение/служба»), которое находится на первом этаже поликлиники с отдельным входом, на других этажах здания расположены амбулаторные услуги для пациентов старше 18 лет (в тексте — «взрослое отделение/служба»).

В исследование вошли все пациенты, перешедшие из детской во взрослую службу Центра СПИД, исключая пациентов, которые: 1) наблюдались на детском отделении менее трех лет до перехода на взрослое отделение; 2) наблюдаются менее одного года на взрослом отделении после перехода; 3) получили ВИЧ в результате своего рискованного поведения. Приверженность лечению оценивалась по количеству выданных АРВ-препаратов за год; дополнительно использовался показатель анализа на вирусную нагрузку. Таким образом, сформированы три условные категории приверженности лечению: 1) высокая приверженность, когда АРТ выдана на 10 месяцев и более за год; 2) неустойчивая приверженность, когда АРТ выдана на 3–9 месяцев за год; 3) отсутствие приверженности, когда АРТ выдана на 2 и менее месяцев за год или пациент пропал из наблюдения в течение года. Показатель вирусной нагрузки за отчетный год, превышающий 1000 копий/мл, при полученной АРТ на 10 месяцев и более, снижал оценку приверженности с «высокой» до «неустойчивой». Характеристика «Социальная поддержка взрослого» оценивалась дихотомически: 1) наличие социальной поддержки взрослого имело место тогда, когда в карте пациента были записи врача о регулярных (неединичных) визитах взрослого, ухаживающего за ребенком (ВУР), как правило, законного представителя ребенка, в возрасте пациента 15 лет и старше или записи о консультации ВУРа психологом; 2) отсутствие социальной поддержки взрослого имело место тогда, когда в карте пациента не было отмечено ни одного визита ВУРа за последние 3 года наблюдения на детском отделении и пациент являлся воспитанником учреждения для детей-сирот, оставшихся

без попечения родителя («детского дома»). В анализ приверженности лечению и ее связи с разными факторами не включены четыре пациента, которые являлись воспитанниками детских учреждений до 18-летия и остались в системе социально-медицинских учреждений (а именно, психоневрологического интерната или психиатрической больницы) после совершеннолетия, т.е. их приверженность лечению постоянно находится под полным контролем медицинских работников.

Статистический анализ данных проводился с помощью программы IBM SPSS Statistics 24: использовались описательные статистики; связь между качественными переменными определялась по критерию хи-квадрат Пирсона; уровень значимости различий считался достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Социально-демографические характеристики и социальная поддержка взрослого: в исследование включены 86 пациентов, перешедших во взрослое отделение Центра СПИД в возрасте 18 лет, рожденных с октября 1997 по октябрь 2003 г., из них 46 (53,5%) девушек. 55 человек (64,0%) на момент своего 18-летия проживали дома с ВУРом; 31 человек (36,0%) проживал в детском учреждении (детский дом, интернат). Фактор «место проживания» — дома или в детском учреждении — является косвенным показателем наличия или отсутствия «социальной поддержки взрослого». То есть проживание подростка до 18 лет дома условно предполагает, что у него были отношения с ВУРом, который оказывал социальную поддержку. Однако бывали случаи, когда ВУРом являлся родственник, который либо сам тяжело болел (например, мама в состоянии СПИДа или бабушка-алкоголик) либо оформил опеку формально, чтобы ребенок не попал в детский дом (например, 25-летний брат), и в этом случае реальной психосоциальной поддержки подросток от своего родственника не получал. Наоборот, у подростка, проживавшего в детском доме, был родственник (бабушка, дядя, мама, лишенная родительских прав), который поддерживал с ним контакт и сопровождал его в Центр СПИД. Таким образом, в нашей выборке 60,5% молодых людей имели психосоциальную поддержку взрослого на момент совершеннолетия и 39,5% были без психосоциальной поддержки взрослого.

Характеристики выборки, связанные с медицинскими переменными. На момент перехода 61 (70,9%) пациент принимал схему АРТ «одна

таблетка в день», у остальных (29,1%) схема терапии состояла из нескольких таблеток и/или двухразового приема. Последний анализ крови перед переходом на взрослое отделение у 63 (73,3%) человек показал неопределяемую вирусную нагрузку, у семи (8,1%) человек — от 41 до 400 копий/мл, и у 16 (18,6%) человек вирусная нагрузка составила более 401 копии/мл (максимальная 1 313 340 копий/мл). Случаи нарушения приверженности в течение всего периода наблюдения на детском отделении (по записям в медицинской карте) отмечены у 33 (38,4%) человек. На настоящий момент известно о семи (7,6%) молодых людях из выборки, у которых родился ребенок (4 девушки и 3 юноши); все рожденные дети ВИЧ не получили.

Период перехода и наблюдение после перехода во взрослое отделение. Все 86 участников исследования переведены из детского во взрослое отделение и наблюдаются там один год и более. Среди них в течение одного полного года наблюда-

атру и врачу-инфекционисту в тот же день; максимальный срок перехода при условии, что пациент появился на взрослом отделении в первый год, составил 357 дней. Таким образом, только две трети пациентов (66,3%) выполнили визит на взрослое отделение условно своевременно и приверженно, принимая во внимание максимально возможный срок выдачи АРТ на детском отделении 3 месяца.

На настоящий момент из всей выборки ни разу не были у врача-инфекциониста взрослого отделения три человека, все мужского пола: один в течение четырех лет после перевода, один — в течение трех лет и один молодой человек в течение года после перевода.

Приверженность и непрерывность лечению после перехода во взрослое отделение. В табл. 1 представлены пациенты по группам в зависимости от приверженности лечению в первые пять лет после перехода из детского во взрослое отделение по годам после перехода.

Таблица 1

Приверженность лечению среди МЛЖВ в первые пять лет после перехода из детского во взрослое отделение Центра СПИД по годам после перехода

Table 1

Treatment adherence in young adults living with HIV in the first five years after transition from paediatric to adult care at AIDS Center by years after transition

Период диспансерного наблюдения после перехода из детского во взрослое отделение	Приверженность лечению		
	высокая	неустойчивая	отсутствует
1-й год после перехода, n=86	49 (57,0%)	22 (25,6%)	15 (17,4%)
2-й год после перехода, n=56	30 (53,6%)	10 (17,9%)	16 (28,6%)
3-й год после перехода, n=33	19 (57,6%)	5 (15,2%)	9 (27,3%)
4-й год после перехода, n=15	8 (53,3%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)
5-й год после перехода, n=8	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)

ется 30 (34,9%) человек, двух полных лет — 23 (26,7%) человека, трех полных лет — 18 (20,9%) человек, четырех полных лет — 7 (8,1%) человек и пять и более полных лет наблюдаются на взрослом отделении Центра СПИД восемь (9,3%) человек. Самый старший пациент наблюдается на взрослом отделении семь лет.

В первый год после перехода во взрослое отделение пришли на прием к врачу-инфекционисту 79 (91,9%) человек. Период между последним визитом к врачу-педиатру на детском отделении и к врачу-инфекционисту на взрослом отделении составил до 30 дней у 13 (16,5%) человек, до 60 дней — у 24 (30,4%) человек, до 90 дней — у 20 (25,3%) человек, более 91 дня — у 22 (27,8%) человек. Минимальный срок перехода составил 0 дней (у трех пациентов), когда пациент обратился к врачу-педи-

Доля высоко приверженных молодых людей, т.е. получивших АРТ на 10 и более месяцев за каждый год, в течение первых пяти лет после перехода по годам диспансерного наблюдения составляет 53–62%.

Приверженность наблюдению и лечению в разные годы после перехода у одного пациента может меняться. Так, например, пациент мужского пола 1998 г.р. первый год после перехода имел неустойчивую приверженность, получив АРТ на 6 месяцев, во второй год не появился в Центре СПИД совсем, в третий год опять был неустойчив, получив 9 месяцев АРТ, а последние два года высоко привержен — получил АРТ на 12 и 11 месяцев. Или: девушка 1999 г.р. в первый год получила АРТ на 8 месяцев, во второй год — на 1 месяц, в третий год — на 12 месяцев, в четвертый не получила АРТ совсем, в пятый год — на 2 месяца.

Среди 33 человек, которые наблюдаются на взрослом отделении полных три года и более, лишь 13 (39,4%) были непрерывно приверженными в течение всего трехлетнего периода после перехода.

Связь приверженности лечению с различными факторами. В анализ приверженности включены 82 пациента (из них 43 девушки), которые самостоятельно реализуют свою приверженность лечению.

Анализ связи приверженности лечению в первые три года после перехода из детской во взрослую службу проведен со следующими факторами: 1) опытом нарушения приверженности в детском и подро-

Уровень приверженности лечению связан со сложностью приема АРТ. Ряд исследований указывают на то, что пациенты с «более сложной» схемой АРТ, а именно одновременным приемом нескольких таблеток и двукратным приемом АРТ в день по сравнению со схемой «1 таблетка в день», чаще склонны нарушать приверженность и прерывать терапию [2, 23, 24].

В нашем исследовании выявлена связь ($p < 0,01$) приверженности лечению у МЛЖВ со схемой АРТ на момент 18-летия в первый и второй год после перехода во взрослую службу, в третий год после перехода такой связи нет (рис. 1).

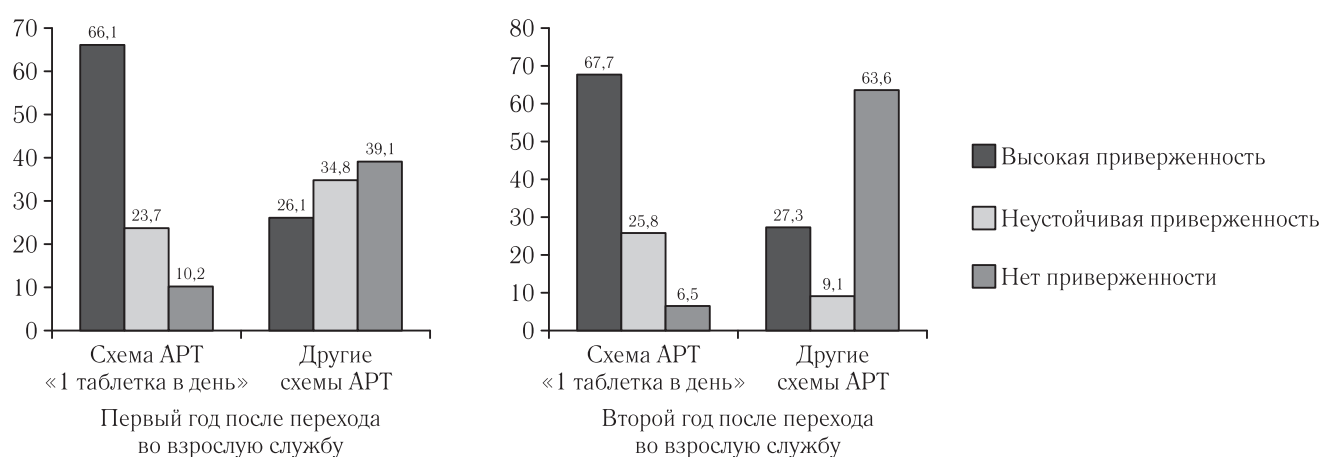


Рис. 1. Приверженность АРТ в первый и второй год после перехода во взрослое отделение у молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, в зависимости от схемы АРТ (%)

Fig. 1. Adherence to ART in the 1st and 2nd year after transition to adult care in young adults living with HIV since birth or childhood depending on ART scheme (%)

стковом возрасте; 2) схемой АРТ; 3) социальной поддержкой взрослого на момент 18-летия; 4) полом.

Опыт неприверженности в детском и/или подростковом возрасте является значимым прогностическим фактором нарушения приверженности АРТ в течение нескольких лет после перехода во взрослое отделение у молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства ($p < 0,01$). Так, среди молодых людей непрерывно приверженных в период наблюдения на детском отделении доля высоко приверженных в первый, второй и третий год после перехода во взрослое отделение составила 77,6%, 85,7% и 87,5% соответственно. В то же время среди тех, кто нарушал прием АРТ в детском и/или подростковом возрасте, их доля составила 21,2%, 12,0% и 25,0% соответственно. То есть поведенческая модель приверженного и непрерывного наблюдения и лечения по поводу ВИЧ-инфекции, сформированная с детства и поддерживаемая в подростковый период, сохраняется в первые годы после перехода во взрослую службу.

Пациенты, получающие схему АРТ «одна таблетка в день», значительно чаще по сравнению с пациентами с «более сложной» схемой АРТ поддерживают высокую приверженность после перехода во взрослую службу в первые два года (66–67% против 26–27% соответственно). Заметное изменение в приверженности лечению между первым и вторым годом диспансерного наблюдения на взрослом отделении произошло в группе пациентов, получающих «более сложную» схему АРТ, а именно: доля тех, кто принимал АРТ нерегулярно, но удерживался в системе помощи в первый год после перехода, составляла 34,8%, в то время как во второй год — лишь 9,1%, пополнив долю неприверженных. Как видно на диаграмме, доля неприверженных в этой группе пациентов в первый год составляла 39,1% и уже 63,6% во второй год, т.е. молодые пациенты с «более сложной» схемой АРТ склонны «теряться» из медицинской помощи при изменении условий диспансерного наблюдения.

Связь приверженности с переменной «психосоциальная поддержка взрослого» на момент 18-летия выявлена в первый год после перехода во взрослую службу ($p < 0,01$); во второй и третий год после перехода значимой связи не выявлено (рис. 2).

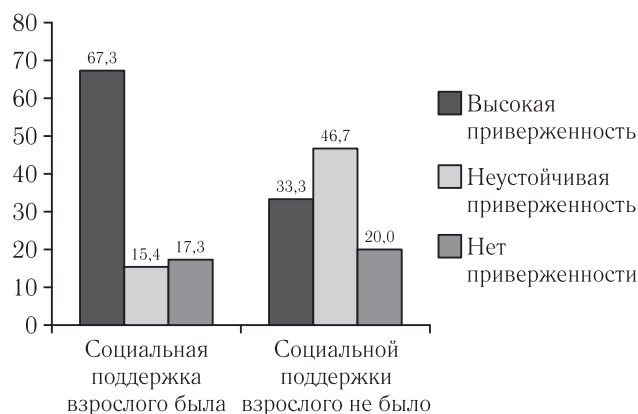


Рис. 2. Приверженность лечению у молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, в первый год после перехода во взрослое отделение в зависимости от психосоциальной поддержки взрослого на момент их 18-летия (%)

Fig. 2. Treatment adherence in young adults living with HIV since birth or childhood in the 1st year after transition to adult care depending on adult's social support at the time of their 18th birthday (%)

На рисунке показано, что подростки, имевшие психосоциальную поддержку взрослого на момент 18-летия, по сравнению с теми, у кого ее не было, чаще после перехода склонны непрерывно принимать АРТ (67,3% против 33,3% соответственно) и реже неустойчиво привержены (15,4% против 46,7%); доля неприверженных в группах почти не различается (17,3% и 20,0% соответственно).

Связь социальной поддержки взрослого на момент 18-летия и приверженности лечению в первый год после перехода в нашей выборке подчеркивает то, что именно период перехода требует времени и помощи, учитывая тот факт, что это период, когда молодой человек сталкивается с неизбежностью многих жизненных изменений (новое место учебы, работа вместо учебы, отмена социальных выплат — изменение финансовой стабильности, переезд на новое место жительства, переход из детской поликлиники во взрослую и пр.). И поэтому адаптация молодого человека к новой форме диспансерного наблюдения происходит более благоприятно, когда помощь и поддержка взрослого есть. Позднее связи психосоциальной поддержки взрослого и приверженности лечению не выявлено. Это может быть следствием ряда причин: у молодого человека процесс адаптации к переходу во взрослую службу завершился;

у него/нее появились навыки самостоятельности; роль психосоциальной поддержки взрослого с возрастом уменьшается; приобретает значение роль психосоциальной поддержки сверстников.

Связь приверженности с полом прослеживается также только в первый год после перехода во взрослую службу ($p = 0,02$); во второй и третий год значимых различий между юношами и девушками не выявлено, однако профиль высокой, неустойчивой и отсутствия приверженности остаются схожими на протяжении первых трех лет. Так, юноши склонны к определенности, т.е. они чаще либо высоко привержены (61,5%), либо совсем бросают АРТ (25,6%), доля юношей с неустойчивой приверженностью мала (12,8%). Девушки чаще, чем юноши, неустойчиво привержены (39,5%), т.е. принимают недостаточное количество АРТ (3–9 месяцев в год) и, значит, могут иметь больший риск развития резистентного вируса (рис. 3).

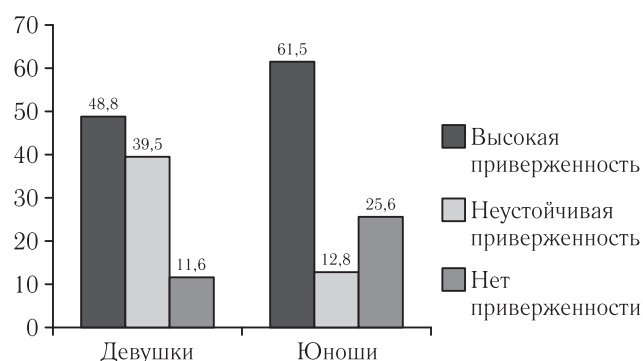


Рис. 3. Приверженность лечению у девушек и юношей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, в первый год после перехода во взрослое отделение (%)

Fig. 3. Treatment adherence in girls and boys living with HIV since birth or childhood in the 1st year after transition to adult care (%)

Таким образом, факторами, указывающими на риски нарушения приверженности лечению у МЛЖВ в первые годы после перехода во взрослое отделение, являются:

- 1) опыт нарушения приверженности в детско-подростковом возрасте;
- 2) «более сложная» схема АРТ;
- 3) отсутствие психосоциальной поддержки взрослого на момент перехода.

При этом сочетание нескольких факторов значимо повышает вероятность нарушения приверженности и непрерывности лечению у молодого человека в течение первого ($p < 0,01$), второго ($p < 0,01$) и третьего ($p < 0,05$) года после перехода (табл. 2).

Так, молодые люди, которые были непрерывно привержены в течение диспансерного наблюдения

Таблица 2

Доля высоко, неустойчиво или неприверженных среди МЛЖВ с учетом наличия у них «факторов нарушения приверженности» в первые три года после перехода во взрослое отделение (%)

Table 2

The proportion of highly, unstable or non-adherent among young adults living with HIV depending on «adherence interruption factors» in the first three years after transition to adult care (%)

Факторы нарушения приверженности	Приверженность лечению по годам после перехода из детской во взрослую службу								
	высокая			неустойчивая			отсутствует		
	1 год	2 год	3 год	1 год	2 год	3 год	1 год	2 год	3 год
0 факторов	86,2	90,9	85,7	10,3	9,1	14,3	3,4	0,0	0,0
1 фактор	60,7	75,0	88,9	28,6	25,0	0,0	10,7	0,0	11,1
2 фактора	17,6	14,3	27,3	41,2	21,4	27,3	41,2	64,3	45,5
3 фактора	0,0	0,0	20,0	50,0	12,5	20,0	50,0	87,5	60,0

до 18 лет, получали схему АРТ «одна таблетка в день» и имели социальную поддержку взрослого на момент совершеннолетия, более вероятно будут высоко приверженными в первые три года после перехода из детского во взрослое отделение Центра СПИД (высоко приверженных среди них 86,2%, 90,9% и 85,7% соответственно по годам). Чем больше у молодого человека факторов, провоцирующих нарушение приверженности, тем более вероятно и более длительно он/она не станет лечиться непрерывно и регулярно после перехода во взрослую службу. Наличие всех трех факторов практически гарантирует, что молодой человек не будет приверженно лечиться в первые три года после перехода: среди них 0,0%, 0,0% и 20,0% высоко приверженных по годам после перехода.

Заключение. В период перехода МЛЖВ от педиатров детской службы к инфекционистам взрослой службы изменения, вызванные возрастными особенностями, совпадают для них с изменениями в диспансерном наблюдении в Центре СПИД. Возрастные изменения касаются телесной организации (в том числе чувствительности нервной системы, которая восприимчива к стрессам), социальных (выход из-под опеки взрослых и ориентация на мнение сверстников) и психологических (формирование личности, способностей, развитие механизмов саморегуляции, выученных инструментальных навыков и компетенций) ресурсов. Поведенческим индикатором перестройки потребностей организма, личности, отношений, у молодых людей, живущих с ВИЧ с рождения или детства, является неустойчивость в приеме антиретровирусных препаратов.

Большинство (92%) МЛЖВ удерживаются в системе медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции при переходе из детской во взрослую службу, т.е. не теряются из наблюдения в первый

год после перехода. Однако чуть больше половины (53–62%) МЛЖВ высоко привержены АРТ в первые годы после перехода, и только 40% непрерывно и приверженно лечатся в течение трех лет после перехода. Факторами, влияющими на приверженность лечению после перехода, являются: приверженность в детско-подростковый период, схема АРТ и социальная поддержка со стороны взрослого на момент совершеннолетия. Так, нарушения приверженности в детско-подростковом возрасте, схема АРТ не «одна таблетка в день» или отсутствие социальной поддержки взрослого указывают на риски нарушения приверженности лечению в первый год после перехода из детской во взрослую службу. Наличие у одного пациента двух и более факторов повышает риски нарушения приверженности лечению в течение трех лет после перехода. Девушки в первый год после перехода чаще склонны удерживаться в системе помощи, при этом принимая АРТ нерегулярно, в отличие от юношей, которые либо приверженно лечатся, либо исчезают совсем.

Таким образом, мы видим, что первый год после перехода во взрослую службу является наиболее уязвимым для приверженности периодом, когда от молодого человека требуется знакомство, адаптация и закрепление новых привычек в получении медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции. Чтобы переход был более благоприятным, он должен предполагать определенную степень контроля со стороны медицинской системы и одновременно учитывать растущую индивидуальную готовность молодого человека к самостоятельности.

Процесс перехода должен начинаться на этапе диспансерного наблюдения в педиатрической службе и продолжаться в течение первого года диспансерного наблюдения во взрослой службе. На этапе педиатрической помощи имеет значение

максимально возможное упрощение схемы АРТ у подростка, а также работа по поддержке и вовлечению опекающего взрослого, который является основным участником, формирующим у ребенка/подростка модель приверженного лечения. В первый год наблюдения во взрослой службе врачу-инфекционисту важно установить индивидуализированный контакт с молодым пациентом, особенно, если это девушка. Лечащему врачу важно учитывать жизненную ситуацию каждого молодого пациента, ставя своей целью сохранение контакта с ним/ней, даже в случае плохой или отсутствия приверженности лечению, подчеркивая доступность, которая позволит молодому человеку легко (без барьеров) вернуться в систему диспансерного наблюдения и возобновить лечение ВИЧ-инфекции, когда для него/неё эта потребность станет осознанной и он/она будет готов сформировать более устойчивый навык приверженности.

На основе анализа исследований, личного опыта и наблюдений за приверженностью лечению у МЛЖВ мы в течение нескольких лет использова-

ли в нашей практической работе специфические подходы по организации системы помощи и социальной поддержки для молодых людей в период перехода, целью которых являлось удержание их в системе помощи и поддержание оптимальной достаточной приверженности к пожизненному приему АРТ. Такие подходы включили следующие мероприятия: консультация психолога по подготовке к переходу во взрослое отделение; психологическая группа для подростков 13–17 лет, живущих с ВИЧ; проект по наставничеству для ВИЧ-инфицированных подростков со статусом ребенок-сирота в Санкт-Петербурге с 2019 года, реализуемый ОО «Пора помогать» [электронный ресурс: <https://www.porapomogat.ru/>] и поддержке Фонда «Дети+» [электронный ресурс: <https://childrenplus.ru>]; материальное поощрение визитов на взрослое отделение, чтобы получить АРТ; гибкая дистанционная доступность психолога Центра СПИД. Оценка эффективности данных вмешательств является целью наших будущих исследований.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Акулова М.В. *Методы оценки, контроля и повышения приверженности антиретровирусной терапии*: методическое пособие для медицинских специалистов по вопросам приверженности пациентов с ВИЧ-инфекцией АРВ-терапии. Фонд МСП, 2016. 72 с. [Akulova M.V. *Methods of adherence screening, control, and enhancement. Guideline for medical specialists on ART adherence in patients with HIV-infection*. MSP Foundation, 2016. 72 p. (In Russ.)].
2. Афонина Л.Ю., Воронин Е.Е., Городнова М.Ю. и др. *Медикаментозная приверженность у подростков с ВИЧ-инфекцией (факторы, барьеры, методы оценки и повышения)*: методические рекомендации. СПб., 2021. 44 с. [Afionina L.Yu., Voronin E.E., Gorodnova M.Yu. et al. *Medication adherence in adolescents with HIV-infection (factors, barriers, assessment and enhancement methods)*. Guidelines. St. Petersburg, 2021. 44 p. (In Russ.)].
3. Casale M., Carlqvist A., Cluver L. Recent Interventions to Improve Retention in HIV Care and Adherence to Antiretroviral Treatment Among Adolescents and Youth: A Systematic Review // *AIDS Patient Care STDS*. 2019. Jun 1; Vol. 33, No. 6. P. 237–252. Published online 2019 Jun 3. doi: 10.1089/apc.2018.0320.
4. Foster C. CHIVA Guidance on Transition for adolescents living with HIV. Updated: August 2021. Next review date: August 2023. 19 p. [URL: https://www.chiva.org.uk/files/6916/3541/0779/CHIVA_Transition_Guidelines_2021.pdf]
5. Koenig L.J., Nesheim S., Abramowitz S. Adolescents with perinatally acquired HIV: emerging behavioral and health needs for long-term survivors // *Curr. Opin. Obstet Gynecol*. 2011; Oct; Vol. 23, No. 5. P. 321–327. doi: 10.1097/GCO.0b013e32834a581b.
6. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А., Лебедева А.А. *Развитие личности и психологическая поддержка учащихся с ОВЗ в условиях инклюзивного профессионального образования*. М.: Смысл, 2017. 79 с. [Leontiev D.A., Alexandrova L.A., Lebedeva A.A. *Personality development and psychological support of students with health limitations in inclusive professional education*. Moscow: publishing house Smysl, 2017. 79 p. (In Russ.)].
7. Сафонова П.В., Кольцова О.В. Психосексуальные потребности и сексуальное поведение подростков, живущих с ВИЧ с детства // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2021. Т. 13, № 2. С. 108–115. [Safonova P.V., Koltsova O.V. Psychosexual needs and sexual behavior of adolescents living with HIV since infancy. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2021, Vol. 13, No. 2, pp. 108–115 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2021-13-2-108-115>.
8. Biersteker S. Outcomes of Transition to Adult HIV Care in Perinatally HIV-infected Young Adults. 2016. *FIU Electronic Theses and Dissertations*. 3041. <https://digitalcommons.fiu.edu/etd/3041>.

9. Ryscavage P., Macharia T., Patel D. et al. Linkage to and retention in care following healthcare transition from pediatric to adult HIV care // *AIDS Care*. 2016. Vol. 28, No. 5. P. 561–565. doi: 10.1080/09540121.2015.1131967.
10. Philbin M.M., Tanner A.E., Ma A. et al. Adolescent and Adult HIV Providers' Definitions of HIV-Infected Youths' Successful Transition to Adult Care in the United States // *IDS Patient Care STDS*. 2017. Oct; Vol. 31, No. 10. P. 421–427. doi: 10.1089/apc.2017.0131.
11. Hussen S.A., Chakraborty R., Knezevic A. et al. Transitioning young adults from paediatric to adult care and the HIV care continuum in Atlanta, Georgia, USA: a retrospective cohort study // *J. Int. AIDS Soc.* 2017. Sep 1. Vol. 20, No. 1. P. 21848. doi: 10.7448/IAS.20.1.21848.
12. Воропаева Е.К., Самарина А.В., Ястребова Е.Б. и др. Сложности при переводе ВИЧ-инфицированных подростков во взрослую сеть наблюдения // *Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции*. Материалы Международной научно-практической конференции. 2016. С. 237–238. [Voropaeva E.K., Samarina A.V., Yastrebova E.B. et al. Difficulties by transitioning HIV-infected adolescents to adult care. *Current issues of HIV-infection*. Materials of international research and practical conference. 2016, pp. 237–238 (In Russ.)].
13. Shulman R., Shah B.R., Fu L. et al. Diabetes transition care and adverse events: a population-based cohort study in Ontario, Canada // *Diabet. Med.* 2018 Nov. Vol. 35, No. 11. P. 1515–1522.
14. Подростки, живущие с ВИЧ: развитие и усиление услуг по уходу и поддержке. Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). 2017. 174 с. <https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/01/Teens-with-HIV-UNICEF-2017.pdf> [Adolescents living with HIV: Developing and strengthening support services. UNICEF. 2016. 148 p. (In Russ.)]. URL: <https://www.unicef.org/eca/media/1011/file>.
15. Tepper V., Zaner S., Ryscavage P. HIV healthcare transition outcomes among youth in North America and Europe: a review // *J. Int. AIDS Soc.* 2017. Vol. 20, Suppl. 3. P. 21490. doi: 10.7448/IAS.20.4.21490.
16. Lam P.K., Fidler S., Foster C. A review of transition experiences in perinatally and behaviourally acquired HIV-1 infection; same, same but different? // *J. Int. AIDS Soc.* 2017. May 16, Vol. 20, Suppl. 3. P. 21506. doi: 10.7448/IAS.20.4.21506.
17. Drageset J. Health Promotion in Health Care // *Vital Theories and Research*. First Online: 12 March 2021. P. 137–144.
18. Alfonso V., Geller J., Bermbach N. et al. Becoming a «treatment success»: what helps and what hinders patients from achieving and sustaining undetectable viral loads // *AIDS Patient Care STDS*. 2006. May, Vol. 20, No. 5. P. 326–334. doi: 10.1089/apc.2006.20.326.
19. Gonzalez J.S., Penedo F.J., Antoni M.H. et al. Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS // *Health Psychol.* 2004. Jul; Vol. 23, No. 4. P. 413–418. doi: 10.1037/0278-6133.23.4.413.
20. Fredericksen R.J., Gibbons L.E., Fitzsimmons E. et al. Impact and correlates of sub-optimal social support among patients in HIV care // *AIDS Care*. 2021 Sep; Vol. 33, No. 9. P. 1178–1188. doi: 10.1080/09540121.2020.1853660.
21. Zandoni B.C., Archary M., Subramony T. et al. Disclosure, Social Support, and Mental Health are Modifiable Factors Affecting Engagement in Care of Perinatally-HIV Infected Adolescents: A Qualitative Dyadic Analysis // *AIDS Behav.* 2021. Jan; Vol. 25, No. 1. P. 237–248. doi: 10.1007/s10461-020-02968-1.
22. Judd A., Collins I.J., Parrott F. et al. Growing up with perinatal HIV: changes in clinical outcomes before and after transfer to adult care in the UK // *J. Int. AIDS Soc.* 2017. May 16; Vol. 20, Suppl. 3. P. 21577. doi: 10.7448/IAS.20.4.21577.
23. Altice F., Evuarherhe O., Shina S. et al. Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis // *Patient Preference Adherence*. 2019. Vol. 13. P. 475–490.
24. Cohen J., Beaubrun A., Bashyal R. et al. Real-world adherence and persistence for newly-prescribed HIV treatment: single versus multiple tablet regimen comparison among US medicaid beneficiaries // *Comparative Study AIDS Res Ther.* 2020. Apr. 1; Vol. 17, No. 1. P. 12. doi: 10.1186/s12981-020-00268-1.

Поступила в редакцию / Received by the Editor: 04.05.2023 г.

Авторство: Вклад в концепцию и план исследования — П. В. Сафонова, О. В. Кольцова. Вклад в сбор данных — П. В. Сафонова. Вклад в анализ данных и выводы — П. В. Сафонова, О. В. Кольцова.

Сведения об авторах:

Сафонова Полина Владимировна — кандидат психологических наук, медицинский психолог отдела медицинской и социальной психологии Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179; e-mail: polinasafonova@mail.ru; ORCID 0000-0002-6962-3914; SPIN 7971-6170;

Кольцова Ольга Владимировна — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы»; 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13, лит. А; e-mail: ovkoltsova@yandex.ru; ORCID 0000-0002-1866-0926; SPIN 1440-8724.