

УДК 616-01

ВЛИЯНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА УРОВЕНЬ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИЧ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРВТ

^{1,2}А.С.Устинов, ³А.В.Суворова, ¹А.Н.Беляков, ⁴А.Ф.Махаматова, ⁵О.С.Левина, ^{1,6}В.В.Рассохин, ^{2,6}Е.М.Крупницкий, ^{6,7}Д.А.Лиознов, ⁸Л.Никколай, ⁸Р.Хаймер

¹Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия

³Санкт-Петербургский институт информатики и автоматизации Российской академии наук (СПИИРАН), Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

⁵НГО «Стеллит», Санкт-Петербург, Россия

⁶Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

⁷Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

⁸Йельский университет, Нью-Хейвен, США

THE INFLUENCE OF PSYCHOPATHOLOGY SYMPTOMS AND SUBSTANCE USE ON VIRAL LOAD SUPPRESSION IN HIV-INFECTED PATIENTS TAKING ART

^{1,2}A.Ustinov, ³A.Suvorova, ¹A.Belyakov, ⁴A.Makhamatova, ⁵O.Levina, ^{1,6}V.V.Rassokhin, ^{1,6}E.Krupitsky, ^{6,7}D.Lioznov, ⁸L.Niccolai, ⁸R.Heimer

¹Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, Russia

²Bekhterev Research Psychoneurological Institute, St. Petersburg, Russia

³St. Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences (SPIIRAS), St. Petersburg, Russia

⁴St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

⁵NGO Stellit, St. Petersburg, Russia

⁶First Pavlov State Medical University of St. -Petersburg, Russia

⁷Pasteur St. Petersburg Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology, St. Petersburg, Russia

⁸Yale School of Public Health, Yale University, New Haven, CT, USA

© Коллектив авторов, 2015 г.

Целью исследования была оценка влияния психопатологической симптоматики и употребления психоактивных веществ (ПАВ) на уровень вирусной нагрузки у больных с ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ). Методы: Были проанализированы социально-демографические характеристики, клинические данные (число CD4-лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки ВИЧ), результаты ответов по Опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и Индексу тяжести зависимости (ИТЗ) 75 пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекции, получавших АРВТ не менее 6 месяцев до начала исследования. Результаты: Распределение участников исследования по полу было почти равномерным — 49% мужчин и 51% женщин. Средний возраст больных составил 35,9±9,9 лет. По уровню вирусной нагрузки (ВН) больные были разделены на две группы: 29 пациентов с определяемой вирусной ВН и 46 с неопределяемой ВН. Среднее значение определяемой ВН у пациентов с составило 85 813±226 798 копий/мл. В группе больных с неопределяемой ВН было значительно больше женщин (67% и 24% соответственно, $p<0,001$). Респонденты этой группы чаще состояли в официальном браке (40% и 14% соответственно, $p<0,03$), уровень их образования был значительно выше, чем у пациентов группы определяемой ВН (34% и 7%, соответственно; $p=0,03$). Сравнение двух групп пациентов по показателям SCL-90-R не выявило статистически значимых различий. Различия по употреблению ПАВ по ИТЗ не достигли статистической значимости. Заключение: Установлено, что высокий уровень образования, официальный брак и женский пол являются предикторами соблюдения режима АРВТ, выражающийся в клинически значимом подавлении вирусной нагрузки. Результаты исследования не позволяют рассматривать употребление ПАВ и психопатологическую симптоматику в качестве предикторов приверженности АРВТ. Однако в общей выборке был зарегистрирован высокий уровень употребления ПАВ и целый ряд психопатологических симптомов, частота и выраженность которых значительно превышает средние значения по общероссийской популяции.

Ключевые слова: АРВТ приверженность, вирусная нагрузка, употребление ПАВ, психопатологическая симптоматика.

Introduction: The aim of the study was to determine the influence of psychopathology symptoms and substance use on the level of viral load suppression in HIV-infected patients taking antiretroviral therapy (ART). **Methods:** We analyzed measures included a socio-demographic characteristics, clinical data (CD4+ cell count and viral loads) the Symptom Check List 90 Revised (SCL-90-R) and the Addiction Severity Index (ASI) of 75 HIV-infected patients who had taken ART for at least 6 month. **Results:** Participants were almost equally distributed by gender — 49% of males and 51 % of females. The mean age was $35,9 \pm 9,94$ years. Using viral load data as the marker of ART adherence, we divided our sample into two groups: 29 participants who had detectable HIV viral load (Detectable VL) and 46 patients who had suppressed HIV viral load (Suppressed VL). The average viral load in the patients with Detectable VL was determined to be $85,813 \pm 226,798$ copies/ml. The group of patients with Suppressed VL contained significantly more females (67% and 24%, respectively, $p < 0,001$). A higher proportion of the officially married respondents was identified in this group (40% and 14%, respectively, $p < 0,03$). Education level was significantly higher than in the Detectable VL group (34% and 7%, respectively; $p = 0,03$). The analysis of the SCL-90-R answers demonstrated no statistically significant differences between the investigated groups of patients. The differences in substance use between Detectable and Suppressed VL groups with respect to ASI scores were not identified. **Discussion:** We have found that high education level, official marriage and female gender are predictors of optimal adherence resulting in better HIV viral load suppression. Overall results failed to demonstrate substance use and psychopathology symptoms as predictors of ART adherence. However, for the sample as a whole the full range of substance use and symptoms of psychopathology were higher than in the general Russian population.

Key words: ART adherence, HIV Viral load, Substance Use, Psychopathology symptoms.

Введение. С внедрением в клиническую практику антиретровирусной терапии (АРВТ), обеспечивающей подавление вирусной нагрузки, улучшение иммунологических показателей и, как следствие, клинического состояния больного, ВИЧ-инфекция трансформировалась в хроническое контролируемое заболевание. По мере расширения доступности АРВТ все большую актуальность приобретает активное участие пациента в лечении и соблюдение адекватной приверженности лечению. Систематическое соблюдение режима приема АРВТ является залогом подавления вирусной репликации и препятствует развитию вторичной резистентности ВИЧ [1].

Наряду с клиническим ответом и числом CD4-лимфоцитов, уровень вирусной нагрузки ВИЧ относится к основным показателям оценки эффективности проводимой АРВТ. Вследствие этого, в настоящее время определение вирусной нагрузки широко используется в клинической практике в качестве, так называемого биологического маркера приверженности лечению и эффективности АРВТ.

На соблюдение пациентами режима приема лекарственных препаратов и наблюдения оказывают влияние разнообразные факторы. Так, показано, что психические расстройства и употребление психоактивных веществ (ПАВ) негативно сказываются на приверженности больных АРВТ [2]. Результаты исследований подтверждают наличие тесной связи между депрессией и нарушением режима лечения ВИЧ-инфекции [3–5]. Также было показано, что употребление ПАВ влияет на снижение приверженности АРВТ [6–8]. Тем не менее, влияние психопатологической симптоматики и употребления ПАВ при прогнозировании привержен-

ности больных с ВИЧ-инфекцией АРВТ сравнительно мало изучены в отечественной практике.

В связи с этим, в процессе исследования нами была поставлена цель: оценить влияние психопатологической симптоматики и употребления ПАВ на уровень вирусной нагрузки у больных с ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 75 пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, наблюдавшихся в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Центр СПИД) и получавших АРВТ не менее 6 месяцев до прохождения структурированного интервью. Включение в исследование проводилось с января 2013 г. по февраль 2014 г.

Структурированное интервью респондентов проводил врач Центра СПИД. Оно включало сбор социально-демографических данных (пол, возраст, образование, семейное положение и месячный доход респондентов) и оценку проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, и показателей психического здоровья пациентов, для чего использовали Индекс тяжести зависимости и Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) соответственно. Длительность интервью каждого пациента составляла 60–80 минут.

Индекс тяжести зависимости (ИТЗ) используется для комплексной оценки медицинского, психологического и социального состояния лиц, употребляющих психоактивные вещества [9]. Опросник рекомендован для этих целей Управлением ООН по наркотикам и преступности, и является общепризнан-

ным инструментом, применяемым для научных и клинических целей в наркологии [9, 10].

ИТЗ, являющийся структурированной шкалой, позволяет получить информацию об анамнезе употребления ПАВ, поведении пациента и его проблемах в течение 30 дней предшествующих интервью. Комплексная оценка тяжести зависимости респондента определяется по 8 разделам опросника: «медицинский статус», «употребление алкоголя», «употребление наркотиков», «работа и средства к существованию», «семья и социальные связи», «семейный анамнез употребления ПАВ», «юридический статус» и «психиатрический статус». Для анализа полученных результатов по специальным алгоритмам рассчитываются показатели зависимости по каждому разделу опросника. Максимальные (наихудшие) показатели приближаются к 1, а минимальные — к 0 [11].

Для скрининга психиатрических проблем (жалоб) применяли Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Syptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [12]. SCL-90-R — инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса, состоящий из 90 пунктов. Каждый из вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 — «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы подсчитывают и интерпретируют по девяти основным шкалам симптоматических расстройств: «соматизация», «обсессивно-компульсивные расстройства», «межличностная сенситивность», «депрессия», «тревожность» «враждебность», «фобическая тревожность», «паранойальные симптомы», «психотизм», а также по трем обобщенным шкалам второго порядка: GSI — общий индекс тяжести симптомов; PTSD — индекс личного симптоматического дистресса, PST — широта диапазона симптоматики. В данной методике использована шкала, адаптированная для использования в России Н.В.Тарабриной [13].

Вследствие отсутствия контрольной группы, результаты по шкалам SCL-90-R у больных с ВИЧ-инфекцией сравнивали с данными, полученными В.А.Абабковым и соавт. (2007) в общей популяции и у больных неврозами [14].

Для оценки клинических характеристик респондентов использовали данные о количестве CD4-лимфоцитов и уровне вирусной нагрузки ВИЧ в течение 6 месяцев предшествующих включению в исследование. Вирусная нагрузка ВИЧ выступала в качестве основного маркера приверженности АРВТ. В зависимости от ее уровня больных распределяли в две группы: пациенты с определяемой вирусной нагрузкой (определяемой ВН) и с неопределяемой вирусной нагрузкой (неопределяемой ВН).

Анализ различий между двумя группами по социально-демографическим и клиническим показателям проводили с использованием критерия независимости хи-квадрат и точного теста Фишера (для небольших выборок в таблицах сопряженности). Для сравнения группы по показателям ИТЗ и SCL-90-R использовался t-критерий Стьюдента. Для учета влияния такого фактора, как пол был повторно проведен анализ с целью сравнения показателей у участников мужского и женского пола. Уровень значимости был принят равным 0,05. Все статистические вычисления проводились с помощью пакета R версии 3.0.2 (R Core Team, 2013).

Проведенное исследование полностью соответствовало этическим принципам, изложенным в Хельсинкской декларации, и действующим законодательным актам Российской Федерации. Протокол исследования и форма информированного согласия были одобрены независимыми этическими комитетами Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и Йельского университета, США. Все участники исследования подписали информированное согласие.

Результаты и их обсуждение. Распределение 75 участников исследования по полу было почти равномерным — 49% мужчин и 51% женщин. Средний возраст больных составил $35,9 \pm 9,9$ лет. Социально-демографические характеристики пациентов приведены в таблице 1. Так, высшее образование имели 22% респондентов, в официальном браке на момент исследования состояли 30% опрошенных.

По результатам ИТЗ в общей выборке пациентов за последние 30 дней наиболее выражены были проблемы по разделам: «работа и средства к существованию» и «медицинский статус». Средний показатель раздела «работа и средства к существованию» составил 0,66 (из всех разделов опросника максимально приближался к 1); показатель раздела «медицинский статус» — 0,47, тогда как средние значения по остальным разделам были относительно невысокие.

При анализе так называемого «наркологического анамнеза», обращал на себя внимание высокий уровень потребления ПАВ. Алкоголь за последние 30 дней до проведения интервью употребляли 60%, инъекционные наркотики — 28% респондентов (табл. 2).

Следует отметить, что общий индекс тяжести симптомов (GSI) по опроснику SCL-90-R в обследованной выборке больных составил 0,81, что превышает среднее значение в общей популяции (0,51), и по тяжести приближается к показателям больных неврозами до лечения (1,29) (табл. 3).

Таблица 1

Демографические характеристики больных с ВИЧ-инфекцией

Показатель		Определяемая ВН, n=29		Неопределяемая ВН, n=46		Все N=75	p
Возраст		34,4 (SD=5,13)		37,5 (SD=11,92)		35,9 (SD=9,9)	0,123
Пол	Мужской	22	76%	15	33%	37 (49%)	<0,001*
	Женский	7	24%	31	67%	38 (51%)	
Семейное положение	Не состоит в браке	25	86%	28	61%	53 (70%)	0,03*
	Состоит в браке	4	14%	18	39%	22 (30%)	
Образование	Начальное и среднее	27	93%	32	70%	59 (78%)	0,03*
	Высшее	2	7%	14	30%	16 (22%)	
Доход		<25,000 руб.		25		37	84%
		25		37		62 (82%)	НЗ

* Статистически значимо, SD — стандартное отклонение, НЗ — Статистически незначимо.

Таблица 2

Употребление больными с ВИЧ-инфекцией ПАВ за последние 30 дней (по ИТЗ)

Употребление ПАВ за последние 30 дней	Определяемая ВН, n=29	Неопределяемая ВН, n=46	Все, n=75	p
Алкоголь (любые случаи употребления)	20 (69%)	25 (45%)	45 (60%)	НЗ
Алкоголя до состояния опьянения	12 (41%)	21 (46%)	33 (44%)	НЗ
Героин	3 (10%)	3 (7%)	6 (8%)	НЗ
Метадон	8 (28%)	7 (15%)	15 (19%)	НЗ
Амфетамины	3 (10%)	2 (4%)	5 (6%)	НЗ
Марихуана	6 (21%)	2 (4%)	8 (11%)	p=0,064 НЗ
Любое инъекционное употребление ПАВ (героин и метадон)	11 (38%)	10 (22%)	21 (28%)	НЗ

НЗ — статистически незначимо.

В результате распределения больных по уровню вирусной нагрузки 29 пациентов вошли в группу с определяемой ВН и 46 больных — в группу с неопределяемой ВН (табл. 4). Среднее значение вирусной нагрузки у пациентов с определяемой ВН составило $85\,813 \pm 226\,798$ копий/мл. У больных с неопределяемой ВН закономерно отмечалось значительно более высокое число CD4-лимфоцитов (411 ± 217 кл/мкл и 289 ± 217 кл/мкл соответственно, $p=0,021$).

По социально-демографическим характеристикам больные с определяемой и неопределяемой ВН различались по полу, семейному положению и уровню образования (см. табл. 1). В группе больных с неопределяемой ВН было значительно больше женщин (67% и 24% соответственно, $p<0,001$). Респонденты этой группы чаще состояли в официальном браке (40% и 14% соответственно, $p<0,03$). Уровень их образования был значительно выше, чем

Таблица 3

Сводные данные показателей SCL-90-R у больных с ВИЧ-инфекцией, в общей популяции и у больных неврозами до лечения

Шкалы SCL-90-R	Исследуемая выборка N=75 (Медиана)	Общая популяция*	Больные неврозами до лечения*
Соматизация	1,03	0,44	1,28
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,90	0,75	1,45
Межличностная чувствительность	0,90	0,66	1,40
Депрессия	0,97	0,62	1,56
Тревожность	0,72	0,47	1,66
Враждебность	0,68	0,60	1,03
Фобическая тревожность	0,43	0,18	1,13
Паранойяльные симптомы	0,69	0,54	0,86
Психотизм	0,56	0,30	0,82
GSI — общий индекс тяжести симптомов	0,81	0,51	1,29

* Данные В.А.Абабкова и соавт. (2007).

у пациентов группы определяемой ВН (34% и 7%, соответственно; $p=0,03$). Различий в уровне дохода между двумя группами не выявлено.

Анализ ответов респондентов на вопросы анкеты оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) не выявил статистически

группы с определяемой ВН имели более длительный опыт употребления метадона (1,8 лет и 0,6 лет соответственно, $p=0,007$) и марихуаны (5,0 лет и 1,8 лет соответственно, $p=0,008$). Несмотря на то, что больные, у которых в результате АРВТ удалось достигнуть снижения ВН до неопределяемого уров-

Таблица 4

Число CD4-лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки у больных с ВИЧ-инфекцией

Клинические показатели	Больные с определяемой ВН $n=29$ (медиана)	Больные с неопределяемой ВН $n=46$ (медиана)
CD4-лимфоциты, кл/мкл	288 (SD=217)	410 (SD=217)
Вирусная нагрузка, копий/мл	85813 (SD=226798)	20,59 (SD=18)

SD — стандартное отклонение

Таблица 5

Индекс тяжести зависимости (ИТЗ) у больных с ВИЧ-инфекцией в зависимости от уровня вирусной нагрузки ВИЧ

Показатель	Больные с определяемой ВН, $n=29$	Больные с неопределяемой ВН, $n=46$	p
Медицинский статус	0,46	0,47	0,93 НЗ
Работа и средства к существованию	0,64	0,67	0,49 НЗ
Употребление алкоголя	0,13	0,07	0,2 НЗ
Употребление наркотиков	0,06	0,02	0,056 НЗ
Юридический статус	0,12	0,04	0,031*
Семья и социальные связи	0,21	0,32	0,0037*
Психиатрический статус	0,14	0,21	0,17 НЗ

* Статистически значимо, НЗ — Статистически незначимо.

значимых различий между исследуемыми группами больных.

Различия между группами респондентов по ИТЗ были выявлены лишь по двум разделам опросника: «юридический статус» и «семья и социальные связи» (табл. 5). Тяжесть «юридических проблем» была более выражена в группе больных с определяемой ВН (0,12 и 0,04 $p=0,031$), тогда как проблемы по разделу «семья и социальные связи» были более значимы в группе с неопределяемой ВН (0,32 и 0,21 соответственно, $p=0,037$). Дополнительный анализ показал, что в обеих группах выраженность проблем, связанных с семьей и социальными связями, была выше у женщин. Учитывая, что в группе больных с неопределяемой ВН преобладали женщины, различия между группами по этому разделу опросника могут быть объяснены этим фактом. Следует отметить, что и в общей выборке больных проблемы по разделу «семья и социальные связи» были более значимы у женщин по сравнению с мужчинами (0,36 и 0,21 соответственно, $p<0,001$) (см. табл. 7).

ИТЗ не выявил различий между группами по употреблению ПАВ (0,02 и 0,06 соответственно, $p=0,056$). Однако отмечены различия в употреблении некоторых наркотиков на протяжении всей жизни, что представлено в таблице 6. Пациенты

указали на более длительное употребление героина в прошлом (в 3 раза), статистически значимых различий между группами не выявлено.

В ряде исследований было показано, что употребление ПАВ является предиктором низкого уровня приверженности АРВТ, [15–18]. В этой связи заслуживают внимания результаты мета-анализа 38 исследований (суммарно включавших 14960 пациентов), проведенного М. Malta и соавт. в 2010 г. В своей работе авторы подвергли сомнению утверждение о том, что больные с ВИЧ-инфекцией, активно употребляющие ПАВ, менее привержены лечению [19]. Результаты проведенного нами исследования могут служить подтверждением этого тезиса: употребление пациентами ПАВ не влияло на главный показатель приверженности терапии и ее эффективности — уровень вирусной нагрузки. Можно предположить, что это связано с разницей в распределении мужчин и женщин в группах (67% женщин в группе неопределяемой ВН по сравнению с 24% в группе определяемой ВН; $p<0,001$). Однако при сравнении мужчин и женщин по критерию употребления ПАВ значимых статистических различий не выявлено (табл. 7).

Необходимо учитывать, что в последние годы значительно оптимизированы схемы АРВТ, повышающие удобство приема препаратов и качество

Таблица 6

Употребление алкоголя и наркотических веществ в течение жизни больными с ВИЧ-инфекцией (по ИТЗ в годах)

Показатель	Определяемая ВН, n=29 (лет)	Неопределяемая ВН, n=46 (лет)	p
Употребление алкоголя (любые случаи употребления)	13,8	12,3	0,25 НЗ
Употребление алкоголя до состояния опьянения	7,1	6,5	0,48 НЗ
Героин	1,4	4,4	0,3 НЗ
Метадон	1,8	0,6	0,007*
Амфетамины	2,8	1,2	0,1 НЗ
Марихуана	5,0	1,8	0,008*
Более одного психоактивного вещества в день (включая алкоголь)	2,6	1,7	0,24 НЗ

* Статистически значимо; НЗ — Статистически незначимо.

Таблица 7

Сравнение демографических характеристик и показателей ИТЗ больных по полу

Характеристика	Мужчины, n=37		Женщины, n=38		p
Неопределяемая ВН	15	41 %	31	82%	<0,001*
Определяемая ВН	22	59%	7	18%	<0,001*
Демографические характеристики					
Возраст	36,5 (SD=6,9)		36,1 (SD=12,3)		0,86 НЗ
Семейное положение: состоит в браке	6	16%	16	42%	0,03
Образование: высшее	4	11 %	12	32%	0,06 НЗ
Доход: <25000 руб.	23	64%	28	76%	0,40 НЗ
ИТЗ					
Медицинский статус	0,45 (SD=0,32)		0,48 (SD=0,35)		0,73 НЗ
Работа и средства к существованию	0,66 (SD=0,21)		0,67 (SD=0,22)		0,77 НЗ
Употребление алкоголя	0,13 (SD=0,19)		0,07 (SD=0,14)		0,09 НЗ
Употребление наркотиков	0,05 (SD=0,09)		0,03 (SD=0,07)		0,18 НЗ
Юридический статус	0,13 (SD=0,18)		0,03 (SD=0,07)		0,002*
Семья и социальные связи	0,21 (SD=0,13)		0,36 (SD=0,16)		<0,001*
Психиатрический статус	0,16 (SD=0,19)		0,22 (SD=0,22)		0,23 НЗ
Употребление алкоголя и наркотических веществ в течение предшествующих 30 дней					
Употребление алкоголя (любые случаи употребления)	26	70 %	19	50%	0,12 НЗ
Употребление алкоголя до состояния опьянения	20	54%	13	34%	0,13 НЗ
Любые случаи употребления инъекционных наркотиков	13	35%	8	21%	0,30 НЗ

* Статистически значимо; НЗ — Незначимо; SD — стандартное отклонение.

жизни больных. Возможно, приверженность терапии лиц, употреблявших ПАВ, в последние несколько лет улучшилась под воздействием таких факторов как снижение токсичности современных режимов АРВТ, уменьшения количества принимаемых препаратов [15, 20, 21].

В представленной нами выборке показатели ИТЗ, за исключением разделов «юридический статус» и «семья и социальные связи», не позволяли прогнозировать подавление вирусной нагрузки ВИЧ и, соответ-

ственно, приверженность АРВТ. Имеющиеся различия по показателям ИТЗ между респондентами с определяемой ВН и неопределяемой ВН могут быть объяснены разницей в половом составе групп. Средние показатели по разделу «семья и социальные связи» были выше в группе с неопределяемой ВН вследствие преувеличения в ней респондентов женского пола. И наоборот: средние показатели по критерию «юридический статус» были выше в группе с определяемой ВН по причине преобладания в ней мужчин.

Сравнение результатов, полученных по разделу «юридический статус» у мужчин, и по разделу «семья и социальные связи» у женщин обеих групп, не выявило статистических различий. В целом эти данные указывают на то, что в исследуемой выборке женщины были более привержены АРВТ, результатом чего явилось клинически значимое подавления вирусной нагрузки.

Представленное исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, со статистической точки зрения, размер выборки был недостаточно большим, что возможно не позволило выявить значимость ряда связей. Во-вторых, популяция исследования состояла из выборки, взятой для удобства, и значит, существовала вероятность ошибки выбора [22]. Третье ограничение состояло в том, что интервью проводил врач Центра СПИД, что могло привести к искажению полученных ответов, вследствие желания пациента произвести наилучшее впечатление, и к возможной недооценке некоторых показателей ИТЗ, в том числе уровня употребления ПАВ [23].

Результаты зарубежных исследований показывают, что мужчины зачастую более привержены лечению ВИЧ-инфекции. К примеру, в исследовании, проведенном K.Berg и соавт. в США, медиана приверженности АРВТ среди мужчин была на 27% больше чем у женщин (73% и 46% соответственно; $p < 0,05$) [24]. Мужской пол являлся предиктором приверженности АРВТ ($OR = 2,81$; 95% CI 1,47–5,34) в проспективном исследовании, проведенном в Канаде, G.Godin и соавт. [25]. Примечательной находкой нашего исследования является то, что ВИЧ-положительные мужчины в российской

популяции, в отличие от пациентов мужского пола североамериканских клиник, менее привержены лечению ВИЧ-инфекции. На это мы обращали внимание и ранее при обычной клинической работе врачей-инфекционистов и в процессе специальных исследований [26, 27].

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что высокий уровень образования, официальный брак и женский пол являются предикторами лучшего соблюдения режима АРВТ, выражающейся в клинически значимом подавлении вирусной нагрузки.

У больных зарегистрирован ряд психопатологических симптомов, частота и выраженность которых превышала средние значения, выявленные в общей популяции, и которые по своей тяжести приближались к показателям, полученным у больных неврозами. Также, стоит отметить высокий уровень потребления ПАВ у обследованных больных (в первую очередь алкоголя). Однако эти результаты не позволяют рассматривать употребление ПАВ, как и некоторые психопатологические симптомы в качестве предикторов приверженности больных с ВИЧ-инфекцией АРВТ.

Эти данные подтверждают необходимость дифференцированного мультидисциплинарного подхода к процессу формирования, поддержания и повышения приверженности больных с ВИЧ-инфекцией АРВТ.

* * *

Данное исследование было проведено при финансовой поддержке Международного Центра Фогарти (Национальные Институты Здоровья США), грант № D43TW001028.

ЛИТЕРАТУРА

1. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E.N., Squier C., Wagener M.M., and Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection // Ann. Intern. Med. — 2000. — Vol. 133. — P. 21–30.
2. Pecoraro A., Royer-Malvestuto C., Rosenwasser B., Moore K., Howell A., Ma M., and Woody G. Factors contributing to dropping out from and returning to HIV treatment in inner city primary care HIV clinic in the United States // AIDS Care. — 2013. — Vol. 25. — P. 1399–1406.
3. Bouhnik A.-D., Préau M., Vincent E., Carrieri M.P., Gallais H., Lepeu G., Gastaut J.-A., Moatti J.-P., Spire B. Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy // Antivir. Ther. — 2005. — Vol. 10. — P. 53–61.
4. Catz S., Kelly J., Bogart L., Benotsh E., McAuliffe T. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease // Heal. Psychol. — 2009. — Vol. 10. — P. 53–61.
5. Olatunji B.O., Mimiaga M.J., Cleirigh C.O., Safren S.A. Review of treatment studies of depression in HIV // Topics in HIV medicine : a publication of the International AIDS Society, USA. — 2006. — Vol. 14. — P. 112–124.
6. Bouhnik A.-D., Chesney M., Carrieri P., Gallais H., Moreau J., Moatti J.-P., Obadia Y., Spire B. Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2002. — Vol. 31 Suppl 3. — P. 149–S153.
7. Celentano D.D., Vlahov D., Cohn S., Shadle V.M., Obasanjo O., Moore R.D. Self-Reported Antiretroviral Therapy in Injection Drug Users // JAMA. — 1998. — Vol. 280. — P. 544–546.
8. Chesney M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. — Clin. Infect. Dis. // 2000. — Vol. 30 Suppl 2. — P. 171–176.
9. McLellan A. T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., Pettinati H., Argeriou M. The fifth edition of the Addiction Severity Index // J. Subst. Abuse Treat. — 1992. — Vol. 9. — P. 199–213.

10. McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1980. — Vol. 168. — P. 26–33.
11. Chaudhury R., Jones H.E., Wechsberg W., O'Grady K.E., Tuten M., Chisolm M.S. Addiction severity index composite scores as predictors for sexual-risk behaviors and drug-use behaviors in drug-using pregnant patients // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 2010. — Vol. 36. — P. 25–30.
12. Derogatis L.R., Spitz N.L. The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. / in The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment. — 1999. — P. 679–724.
13. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: ПИТЕР, 2001. — 272 с..
14. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е. А., Чехлатый Е.И. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности: Методические рекомендации. — СПб., 2007. — 50 с.
15. Langebeek N., Gisolf E., Reiss P., Richter C., Nieuwkerk P. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART): for chronic HIV infection: a meta-analysis // BMC Med. — 2014. — Vol. 12. P. 215–217.
16. Kalichman S.C., Grebler T., Amaral C.M., McNeerney M., White D., Kalichman M. O., Cherry C., Eaton L. Viral Suppression and Antiretroviral Medication Adherence Among Alcohol Using HIV-Positive Adults // Int. J. Behav. Med., 2013. — P. 135–145.
17. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 7–33.
18. Левина О.С., Рыбников В.Ю. Социальные и индивидуальные риски распространения ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 102–109.
19. Malta M., Magnanini M.M.F., Strathdee S.A., Bastos F.I. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: A meta-analysis // AIDS Behav. — 2010. — Vol. 14. — P. 731–747.
20. Nachega J.B., Mugavero M.J., Zeier M., Vitoria M., Gallant J.E. Treatment simplification in HIV-infected adults as a strategy to prevent toxicity, improve adherence, quality of life and decrease healthcare costs // Patient Prefer. Adherence. — 2011. — Vol. 5. — P. 357–367.
21. Atkinson M.J., Petrozino J.J. An evidence-based review of treatment-related determinants of patients' nonadherence to HIV medications // AIDS Patient Care STDS. — 2009. — Vol. 23. — P. 903–914.
22. Hedt B. L., Pagano M. Health indicators: Eliminating bias from convenience sampling estimators // Stat. Med. — 2011. — Vol. 30. — P. 560–568.
23. Henderson C., Evans-Lacko S., Flach C., Thornicroft G. Responses to mental health stigma questions: the importance of social desirability and data collection method // Can. J. Psychiatry. — 2012. — Vol. 57. — P. 152–160.
24. Berg K.M., Demas P.A., Howard A.A., Schoenbaum E.E., Gourevitch M.N., Arnsten J.H. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy // J. Gen. Intern. Med. — 2004. — Vol. 19. — P. 1111–1117.
25. Godin G., Côté J., Naccache H., Lambert L. D., Trottier S. Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study // AIDS Care. — 2005. — Vol. 17. — P. 493–504.
26. Сафонова П.В., Рассохин В.В., Беляков А.Н., Никитин П.В., Клиценко О.А., Беляков Н.А. Формирование и расширение популяции социально-адаптированных мужчин, живущих с ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 3. — С. 93–99.
27. Сафонова П.В., Рассохин В.В., Дикленте Р.Дж., Браун Дж.Л., Сейлс Д.М., Роуз И.С., Рыбников В.Ю., Беляков Н.А., Виноградова Т.Н. Опыт употребления психоактивных веществ в прошлом и рискованное поведение в настоящем у ВИЧ-инфицированных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6, № 4. — С. 24–34.

Статья поступила 17.03.2015 г.

Контактная информация: Устинов Андрей Сергеевич, e-mail: andrey.ustinov@gmail.com

Коллектив авторов:

Устинов Андрей Сергеевич — аспирант Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, andrey.ustinov@gmail.com;

Суворова Алёна Владимировна — к.ф.-м.н., с.н.с. Санкт-Петербургского института информатики и автоматизации Российской академии наук, 199178, Санкт-Петербург, 14 линия, д. 39, suvaly@mail.ru, (812) 328-33-37;

Беляков Андрей Николаевич — экономист Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, 179А, andreynbelyakov@gmail.com, (812) 407-83-37;

Махаматова Алия Фархатовна — старший лаборант кафедры социальной психологии, аспирант Санкт-Петербургского государственного университета, 199034, Санкт-Петербург наб. Макарова д. 6, ауд. 101, a.makhamatova@gmail.com, (812) 328-94-11;

Левина Ольга Святославовна — к.п.н., директор по развитию ООО СПСБН «Стеллит», 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 3, spring2005.05@mail.ru;

Крупницкий Евгений Михайлович — д.м.н., профессор, руководитель отдела аддиктологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, krueator@gmail.com, (812) 365-22-17;

Леонов Дмитрий Анатольевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, 197022, Санкт-Петербург ул. Льва Толстого, д. 6–8; руководитель Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14, dlioznov@yandex.ru, (812) 234-47-98;

Рассохин Вадим Владимирович — д.м.н., профессор кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; заместитель руководителя Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53;

Николай Линда — PhD, доцент Йельского университета, 60 College St., PO Box 208034, New Haven, CT, USA 06520–8034; linda.niccolai@yale.edu;

Хеймер Роберт — PhD, профессор Йельского университета, 60 College St., PO Box 208034, New Haven, CT, USA 06520–8034; robert.heimer@yale.edu.