

ОБМЕН ОПЫТОМ И ИДЕЯМИ

УДК 616-082+ 616.98

НОВЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В УЛУЧШЕНИИ ВОВЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

¹А.А.Яковлев, ²Ю.А.Амирханян, ¹В.В.Мусатов, ³Н.А.Чайка, ¹П.К.Яблонский, ¹С.С.Кострицкая¹Санкт-Петербургский государственный университет, Россия²Медицинский колледж Висконсина, Центр исследований ВИЧ-профилактических вмешательств, Милуоки, Висконсин, США³Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Россия

NEW APPROACHES TO INCREASING THE INVOLVEMENT OF HIV PATIENTS IN HEALTH CARE IN ST. PETERSBURG

¹A.A.Yakovlev, ²Yu.A.Amirhanyan, ¹V.V.Musatov, ³N.A.Chaika, ¹P.K.Yablonskiy, ¹S.S.Kostritskaia¹Saint-Petersburg University, Saint Petersburg, Russia,²Medical College of Wisconsin, Research Centre of HIV Prevention Interventions, Milwaukee, WI, USA,³Pasteur Institute of Epidemiology and Microbiology, Saint Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014 г.

Несмотря на широкий доступ к антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных пациентов в Российской Федерации, доля пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении и получающих адекватную терапию, остается низкой. Приверженность к антиретровирусной терапии является критически важным компонентом в организации системы лечения людей, живущих с ВИЧ. Значительная их часть страдают зависимостью от алкоголя, заразились из-за употребления наркотиков, имеют ВИЧ-ассоциированный туберкулез, относятся к социально неблагополучным группам населения. Применение стандартных подходов по вовлечению указанных пациентов в сферу медицинской помощи и осуществлению за ними клинично-лабораторного наблюдения демонстрирует их крайне низкую эффективность. В статье обсуждены возможности использования в практической работе инновационной модели по привлечению людей, живущих с ВИЧ, в сферу медицинского сервиса на основе программы интервенции, основанной на групповой социальной поддержке. Подробно рассмотрены методологические основы, теоретическое обоснование и потенциальные сложности указанных программ. Представлены этапы подготовки и проведения пилотной программы на территории Санкт-Петербурга.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, приверженность, антиретровирусная терапия, социальная поддержка, программы интервенции.

Despite broad access to antiretroviral therapy for HIV patients in the Russian Federation, the proportion of patients registered at dispensaries and being treated adequately is still low. Commitment to therapy is a pivotal component of any system for health care provision to people living with HIV. Many of them are alcohol-dependent, have contracted HIV by illicit drug use, have HIV-associated tuberculosis, and are generally referred to the disadvantageous part of population. Standard approaches to involving such patients in health care and to clinical and laboratory monitoring of such patients proved to be very inefficient. The present paper discusses innovative models of recruiting people who live with HIV to health care. The models are based on within-group mutual social support. The methodological foundations, theoretical background and potential difficulties in implementing of such programs are reviewed in detail. The stages of preparing and carrying-out of a pilot program in Saint Petersburg are presented.

Key words: HIV infection, commitment to therapy, antiretroviral therapy, social support, intervention programs.

Введение. В последние годы эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции и СПИДу в России продолжает ухудшаться. К началу 2013 года кумулятивное число ВИЧ-инфицированных граждан, зарегистрированных на территории Российской Федерации

с 1987 г., достигло трех четвертей миллиона человек, а кумулятивное число случаев СПИДа среди российских граждан превысило 23 тысяч человек. Умерли уже более 100 тысяч ВИЧ-инфицированных россиян, в том числе более 19 тыс. больных с диаг-

нозом СПИДа. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2012 году составил 49,2 на 100 тысяч жителей, а показатель пораженности к началу 2013 г. достиг 433 на 100 тысяч. В течение последнего года в РФ ежедневно в среднем выявляли почти 200 новых случаев ВИЧ-инфекции [1].

В связи с тем, что угроза генерализации эпидемии ВИЧ-инфекции в России становится все более очевидной, особое значение приобретает лечение людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), что имеет огромное значение как для сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни инфицированных, так и для сокращения темпов распространения новых случаев инфекции. Однако, учитывая клинико-вирусологические и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции, первостепенное значение при этом приобретает приверженность к лечению, то есть абсолютное соблюдение режима назначенной терапии. Даже при небольших отклонениях и погрешностях в приеме препаратов эффективность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) резко снижается, что приводит к повышению вирусной нагрузки и, соответственно, к увеличению контагиозности инфицированного человека и очень быстрому формированию устойчивых штаммов возбудителя.

Вопросы формирования приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией были недавно детально рассмотрены в нескольких крупных обзорах [2, 3] и в тематических информационных бюллетенях [4, 5]. Проблема соблюдения режима лечения актуальна при многих других хронических инфекциях (например, при вирусных гепатитах и туберкулезе) и соматических заболеваниях (сахарный диабет, сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и др.). Однако при ВИЧ-инфекции вопросы приверженности к терапии приобретают чрезвычайное значение из-за особенностей пациентов, среди которых более половины составляют потребители инъекционных наркотиков (ПИН), мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами (МСМ), работники коммерческого секса (РКС) и представители других групп, практикующих инфекционно опасную модель поведения.

Термин «приверженность к лечению» является как психолого-социальным, так и клиническим понятием, следовательно, на формирование приверженности воздействуют многие разнонаправленные факторы. К ним относятся:

1) условно «внутренние» факторы, связанные с самим пациентом: психологический мир человека, личностные характеристики, сопутствующие заболевания, состояние физического и психического здоровья и другие;

2) «внешние факторы воздействия»: социальное окружение, наличие или отсутствие работы, документов, жилья, финансовая стабильность, влияние со стороны силовых структур и юридических органов (следствие, суд) и другие;

3) «медицинские факторы»: расположение и режим работы медицинского учреждения, осуществляющего ВААРТ, сложности, связанные с получением препаратов, вопросы лекарственного взаимодействия между противовирусными препаратами и иными фармакологическими субстанциями, применяемыми пациентом [6].

Частой причиной низкой приверженности к лечению и его прекращения уже в первые месяцы после начала ВААРТ является алкогольная зависимость или простое злоупотребление алкоголем [7, 8]. Кроме того, злоупотребление алкоголем связано с ухудшением социальной ситуации ЛЖВ, что нередко сопровождается потерей семьи и стабильной работы, что, в свою очередь, является дополнительными неблагоприятными факторами, приводящими к нарушению непрерывности лечения пациентов и снижению приверженности к терапии [9]. Проблемой также остается повышение приверженности к лечению у ПИН и РКС [3, 10]. К факторам риска прекращения терапии также относятся сопутствующие хронические вирусные гепатиты В и С, позднее обращение за медицинской помощью [11].

Результаты нескольких исследований показали значение уменьшения депрессии и снижения стресса в повышении готовности пациентов к началу терапии, усилении их способности справляться с нежелательными побочными реакциями в процессе лечения, более широком использовании социальной поддержки и, соответственно, в повышении приверженности ВААРТ [12]. Особое значение на пути формирования приверженности ВИЧ-инфицированных больных к лечению, а также их доверия к оказываемой медико-социальной помощи имеют структурные и коммуникативные барьеры, что также требует использования новых методологических подходов для повышения эффективности терапии и предупреждения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции [13].

При регулярном посещении лечащего врача ЛЖВ будут в большей степени придерживаться схемы ВААРТ и оставаться вовлеченными в систему медицинской помощи. Однако значительная часть ЛЖВ в России после диагностирования у них ВИЧ-инфекции, остаются не охваченными медицинским обслуживанием, поэтому большинство из них не придерживаются своих схем приема препаратов ВААРТ на том уровне, который необходим для полного подав-

ления вирусной нагрузки. Существующие стратегии работы с сообществом ЛЖВ оказываются неэффективными в достижении этих целей. Необходимо вводить новые подходы для вовлечения ЛЖВ в систему медицинского сервиса и улучшения их приверженности к лечению. Одним из способов эффективного воздействия на пациентов с целью формирования и поддержания приверженности является модель оказания комплексной помощи ЛЖВ на основе работы мультидисциплинарной команды [14, 15].

С фактором социальной поддержки были последовательно и четко связаны высокие показатели приверженности к ВААРТ и посещаемости ЛЖВ лечебных учреждений [16–22]. Наличие социальной поддержки реализовывало нахождение больных под врачебным наблюдением и, следовательно, повышало приверженность к лечению [23, 24]. Социальная поддержка способствовала приверженности к лечению даже среди ВИЧ-положительных ПИН [25, 26].

Социальная поддержка влияла на повышение приверженности к лечению ВИЧ-инфекции как напрямую, так и опосредованным образом. Она непосредственно улучшала лечение за счет воздействия таких своих компонентов, как информационная, эмоциональная и практическая помощь. Социальная поддержка ослабляла проявления психических расстройств и совершенствовала адаптационные возможности, косвенно улучшая приверженность к лечению [17].

Предварительные результаты исследований, проведенных исследовательскими командами США и России в Санкт-Петербурге, выявили серьезные изменения, связанные с общим и психическим здоровьем у ЛЖВ, а также наличие у них социально-поведенческих проблем. В результате этих исследований установлено, что довольно часто ЛЖВ, исключенные из своего семейного окружения, образуют дружеские группы с другими ВИЧ-положительными людьми [27]. Это привело нас к идее проведения мероприятий, адресованных всем членам дружеской группы, которые позволили бы оказать друг другу психологическую поддержку и изменить поведение в отношении своего здоровья. Было обнаружено, что публикации в социальных сетях ВИЧ-положительных МСМ, которые были друзьями в реальной жизни, снизила уровень стресса и психических расстройств (тревоги, депрессии) в большей степени, чем индивидуальное консультирование. Вероятно, это было обусловлено тем, что здесь использовался принцип оказания «равной» социальной поддержки со стороны друзей, которые имели такой же ВИЧ-статус и преодолевали сходные проблемы. Ранее социально-сетевые интервенции продемонстрировали

свою эффективность в снижении уровней рискованного поведения, связанного с инъекционным употреблением наркотиков и рискованными сексуальными контактами [28–30].

Некоторые зарубежные исследования, в которых тестировалась приверженность к ВААРТ с помощью групповой социальной поддержки, представили неоднозначные результаты [31, 32]. Однако следует подчеркнуть, что в рамках этих программ в групповых занятиях принимали участие ЛЖВ, не знакомые друг с другом ранее. В то же время разработанная нами методика предусматривает потенциально более эффективную стратегию вовлечения ЛЖВ в систему медицинской помощи, так как работа проводится с группами ВИЧ-положительных людей, уже знакомых друг с другом в реальной жизни.

Материалы и методы исследования. Программа интервенции, основанная на социальном сопровождении, состояла из нескольких этапов.

На первом этапе работы исследовательской командой проводится интервью с ЛЖВ и ключевыми информаторами: сотрудниками организаций, работающих в области ВИЧ-инфекции, лидерами сообщества ЛЖВ. Результатами указанных качественных исследований, как правило, является выяснение взглядов, мотиваций, барьеров и помогающих факторов по отношению к вхождению в систему медицинского наблюдения, пребыванию в системе сервиса, приверженности терапии, с точки зрения как самих ЛЖВ, так и участников СПИД-сервисных услуг, в том числе сотрудников медицинских учреждений, осуществляющих наблюдение и лечение ЛЖВ (Центр СПИД, инфекционный стационар, амбулаторная инфекционная служба поликлиник). Также интервью помогают выявить, каким образом ВИЧ-положительные друзья могут поддерживать друг друга в вовлечении или возвращении в систему медицинского сервиса, помогать в достижении и сохранении высокой приверженности ВААРТ. На первом этапе проводится пилотное тестирование шкал и измерений, которые будут использованы при опросах и в программе вмешательства второго этапа.

Выборка ВИЧ-положительных участников для «глубинных» интервью осуществляется максимально репрезентативно по полу и возрасту, путям заражения ВИЧ (ПИН, МСМ, ЛЖВ, люди, инфицированные гетеросексуальным путём передачи), длительности жизни с ВИЧ-инфекцией, а также вовлеченности в медицинский сервис и приверженности ВААРТ. Для достижения гетерогенности выборки ЛЖВ рекрутируются как в местах оказания медицинских услуг, так и методом специального приглашения. Успешно рекрутированные люди по

просьбе команды приглашают тех, о которых им известно, что они не вовлечены в систему медицинского сервиса, не наблюдаются у врача и/или не получают терапию.

Интервью с респондентами проводятся по схеме «один-на-один». Для их проведения привлекаются интервьюеры, имеющие опыт осуществления качественных интервью с открытыми вопросами. Продолжительность каждого интервью составляет приблизительно 2 часа, с аудиозаписью каждой беседы.

План интервью включает следующие темы:

- причины вовлечения в медицинский сервис, а для тех ЛЖВ, кто в настоящее время не вовлечен в сервис — причины их отказа от возможностей получения специализированных медицинских услуг;
- положительный и отрицательный опыт пребывания в системе медицинского сервиса или использования отдельных услуг;
- структурные барьеры и невозможность получения сервиса (экономические причины, проблемы транспортного доступа к провайдеру, бездомность, стигма, и т.д.);
- взгляды, отношение и мифы о системе медицинского сервиса для ЛЖВ;
- индивидуально-психологический уровень барьеров: употребление психоактивных веществ, жизненные проблемы и сложности, психологический стресс и копинг-стратегии (поведенческие стратегии совладания со стрессами), и т.п.

Во время интервью предлагается ответить на различные вопросы:

- связанные с различными аспектами взаимодействия ЛЖВ между собой;
- касающиеся мест, где происходит их общение (как физическое, так и виртуальное);
- затрагивающие ВИЧ-статус, здоровье и лечение;
- характеризующие гендерные различия при общении;
- описывающие ресурсы, роль и типы социальной поддержки, получаемой ЛЖВ и оцененные ими как наиболее полезные в плане поддержки лечения и приверженности к терапии.

Размер выборки для интервью основан на рекомендациях к размерам выборок для качественных исследований, направленных на выявление наибольшего разнообразия мнений по теме [30].

Индивидуальные интервью проводятся также с представителями организаций, оказывающих услуги для ВИЧ-позитивных людей. Для интервью выбираются специалисты, занимающие официальные позиции в специализированных учреждениях (Центры СПИД, медицинские клиники, районные соци-

альные центры для ЛЖВ), а также сотрудники негосударственных организаций, работающих в области ВИЧ-инфекции.

Интервью с участниками сервисных услуг похожи по формату на интервью с ЛЖВ, а список основных вопросов и тем для обсуждения направлен на выявление информации по следующим разделам:

- существующие методики вовлечения ЛЖВ в услуги, успехи и недостатки;
- возможности и барьеры существующей помощи;
- причины, по которым ЛЖВ избегают, бросают или прерывают лечение;
- характеристики таких ЛЖВ, которые вовлечены в систему медико-социальной помощи и привержены к лечению, и характеристики тех ЛЖВ, что остаются за пределами системы и отличаются низкой приверженностью к лечению;
- рекомендации по выходу на тех ЛЖВ, кто остается за пределами системы медицинского наблюдения и помощи;
- рекомендации специалистов по тем методам и процедурам, которые планируется применять на втором этапе.

Анализ качественных данных позволяет собрать многообразие точек зрения респондентов внутри аналитических тем. Затем выявляются различия и взаимосвязи между различными кодами, например, между вовлеченными и не вовлеченными в сервис ЛЖВ, между приверженными к ВААРТ и теми, кто испытывает трудности с приверженностью. Также устанавливаются различия, которые могут быть связаны с полом респондентов или путями их инфицирования ВИЧ, опытом взаимодействия с системой медицинского сервиса и другими жизненными обстоятельствами тех ЛЖВ, кто вовлечен в лечение, по сравнению с ЛЖВ, не охваченными медицинским сервисом. На основании полученных данных формулируется первоначальная гипотеза о причинах, почему некоторые ЛЖВ легко вовлекаются в медицинское наблюдение или привержены ВААРТ, а некоторые — нет.

Выявленные с помощью качественного исследования результаты обсуждаются, а затем интегрируются в программу вмешательства.

На втором этапе исследовательская группа проводит рандомизированное пилотное испытание программы вмешательства, в которой принимают участие 20 дружеских групп ЛЖВ. Дружеские социальные сети рекрутируются по отдельности через привлечение одного ЛЖВ как «начального звена» сети. Для участия в исследовании рекрутируемых ЛЖВ-индексов используется такой критерий как пропуски назначенных с лечащим врачом встреч

и проблемы с приверженностью ВААРТ за последние 6 месяцев рекрутируется его персональная социальная сеть путем приглашения всех друзей или близких знакомых (которые также являются ВИЧ-позитивными), желающих участвовать в программе. Основываясь на данных ранее проведенных исследований, можно ожидать, что «начальное звено» назовут в среднем пять своих ВИЧ-позитивных друзей, из которых четверо будут рекрутированы в программу. Таким образом, средний размер выборки участников пилотной интервенции составляет 100 человек.

Все участники проходят тестирование для определения уровня CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки ВИЧ, а также поведенческий опрос для выявления приверженности к терапии, регулярности посещения лечащего врача, риска передачи ВИЧ, употребления психоактивных веществ и состояния психического здоровья. Двадцать дружеских групп ЛЖВ рандомизируются на две группы (наблюдение и контроль, по 10 сетей каждая). Участники контрольной группы получают однократную информационную консультацию, мотивирующую на вхождение в медицинский сервис. Всем ЛЖВ будет рекомендовано начинать диспансеризацию и получать необходимые медицинские услуги по поддержанию своего здоровья, а также дана информация о важности приверженности к лечению.

Участники второй группы помимо мотивирующей консультации примут участие в пилотной программе вмешательства. Эта программа состоит из 7 тренинговых встреч, цель которых — повышение взаимной социальной поддержки внутри дружеских групп, развитие навыков решения возникающих проблем, оказание помощи для вхождения в систему медицинского сервиса и повышения приверженности к лечению.

Каждая из семи сессий продолжается 2–3 часа, в качестве ведущих привлекаются опытные специалисты в области успешных групповых взаимоотношений (мужчина и женщина), а занятия проходят в подходящем для групповых занятий помещении с хорошей транспортной доступностью. Первые пять сессий (основные) проводятся еженедельно, а последние две (так называемые сессии-бустеры, поддерживающие эффекты вмешательства) — с интервалом в две недели.

Первая сессия направлена на мотивирование и ободрение участников исследования, через объяснение важной роли социальной поддержки и способов помощи своим друзьям в поддержании здоровья и лечении ВИЧ. Начиная со второй сессии, участники с помощью ролевых игр практикуют возможные варианты и сценарии разговоров, которые могут возникнуть между ВИЧ-положительными друзьями по темам, связанным с поддержанием здоровья.

На третьей сессии участники обсуждают различные способы того, как можно справляться с барьерами, возникающими в ходе взаимодействия с системой медицинского сервиса, если они возникают. Четвертая сессия направлена на информирование и обсуждение применяемых в настоящее время схем ВААРТ, выгод от терапии, причин назначения терапии и важности своевременного начала приема ВААРТ. Пятая сессия сфокусирована на приверженности лечению. Основной акцент интервенции — это практические навыки, советы и оказание взаимной поддержки внутри дружеских групп ЛЖВ. Через 2 недели после основных сессий будет организовано еще две встречи участников, направленные на поддержание эффекта вмешательства.

Через 6 месяцев после завершения программы вмешательства все участники экспериментальных и контрольных групп проходят повторное тестирование и поведенческий опрос. Статистический анализ результатов позволяет определить, насколько данная помощь способствовала улучшению показателей регулярности посещения лечащего врача, повышению приверженности к ВААРТ, улучшению состояния психического здоровья и снижению потребления психоактивных веществ, а также восстановлению иммунитета и снижению вирусной нагрузки по сравнению с контрольной группой.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате предварительного изучения, проведенного исследовательскими командами из США и России, среди ЛЖВ в Санкт-Петербурге были выявлены серьезные изменения, связанные с общим и психическим здоровьем, а также наличие у ЛЖВ социально-поведенческих проблем. В результате этих исследований установлено, что довольно часто ЛЖВ, исключенные из своего семейного окружения, образуют дружеские группы с другими ВИЧ-позитивными людьми [32]. Эти данные свидетельствуют о потенциальном положительном эффекте программы интервенции, адресованной всем членам дружеской группы. Важным элементом интервенции является социальная поддержка, осуществляемая по принципу «равный-равному». В этом случае ЛЖВ оказывают друг другу социально-психологическую поддержку, что позволяет изменить поведение в отношении своего здоровья [33, 34]. В реализованном в 2011 году пилотном исследовании было обнаружено, что интервенция в социальных сетях ВИЧ-положительных MSM, которые были друзьями в реальной жизни, снизила уровень стресса и психических расстройств (тревоги, депрессии) в большей степени, чем индивидуальное консультирование. Вероятно, это было обусловлено тем, что в интервенции использовался

принцип оказания «равной» социальной поддержки со стороны друзей, которые имели такой же ВИЧ-статус и преодолевали сходные проблемы.

Большинство традиционных подходов к поощрению приема ВААРТ основаны на индивидуальных врачебных консультациях ВИЧ-позитивных пациентов, направленных на формирование у пациентов навыков по организации различных «напоминаний» себе о необходимости принять лекарство [35]. Эти подходы очень ограничены, поскольку они сосредоточены только на индивидуальных особенностях пациента и не используют социальную среду человека для вовлечения его в медицинский сервис и поддержку его приверженности к лечению. Указанные подходы можно определить как «патерналистическую» модель обеспечения лечения пациента на основе безусловного соблюдения правил, предложенных специалистом (врачом). В этой модели не используется социальное сопровождение пациента, отсутствуют элементы активного вовлечения пациента в процесс лечения.

При этом в предлагаемой программе интервенции, направленной на улучшение вовлечения и удержания ЛЖВ в системе медицинского сервиса, именно социальная поддержка является одним из ведущих компонентов. Социальная поддержка является мощным предиктором приверженности к лече-

нию, а ее недостаточность или отсутствие напрямую связана с плохим вовлечением в медицинский сервис [36]. Активное включение системы социальной поддержки в предлагаемую программу интервенции обеспечит вхождение ВИЧ-позитивных людей в систему медицинского наблюдения и лечения. Такая модель будет особенно актуальной для России, где уже исторически сложилась культуральная особенность доверять и опираться на личные социальные связи для получения советов и поддержки.

Заключение. На основании результатов ранее проведенных в Санкт-Петербурге пилотных проектов, а также данных социально-поведенческих исследований, сформирована оригинальная методология комплексных мероприятий, направленных на увеличение вовлечения ВИЧ-инфицированных пациентов, не контактирующих с медицинскими организациями или имеющими низкий уровень приверженности к лечению и диспансерному наблюдению. Внедрение инновационной программы интервенции, основанной на принципах групповой социальной поддержки, позволит улучшить систему взаимоотношений «медицинское сообщество — сложный пациент», обеспечит повышение приверженности пациентов к лечению и, как следствие, уменьшит риск передачи ВИЧ в популяции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 38. — М.: ФНМЦ ПБ СПИД, 2013. — 52 с.
2. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 7–33.
3. Саранков Ю.А. Приверженность ВААРТ среди потребителей инъекционных наркотиков: эффективные программы вмешательства. — М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2005. — 47 с.
4. Хан Г.Н., Чайка Н.А. Приверженность АРВ-терапии: Информационный бюллетень. СПб.: РОО Возвращение, 2008. — вып. 2. — 85 с.
5. Приверженность лечению: Информационный бюллетень. — СПб.: РОО Возвращение, 2008. — вып. 2. — 85 с.
6. Карпец А.В., Корень С.В., Ладная Н.Н., Карпец А.В., Корень С.В., Ладная Н.Н., Мусатов В. Б., Петунин Е.И., Потомова А.В., Царев С.А., Хамзина Р.В. Комплексная программа по профилактике и лечению социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков: Концепция. — М.: НП ЭСВЕРО. — 2011. — 85 с.
7. Кытманова Л.Ю., Дегтярев А.А. Факторы, определяющие приверженность к терапии у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2013. — Т. 5, № 3. — С. 100–107.
8. Сафонова П.В., Рассохин В.В., Виноградова Т.Н., Клиценко О.А., Сизова Н.В., Самарина А.В., Кольцова О.В., Левина О.С., Устинов А.С., Бобрешова А.С., Беляков Н.А. Употребление алкоголя и приверженность к ВААРТ среди ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2013. — Т. 5, № 2. — С. 42–51.
9. Сафонова П.В., Рассохин В.В., Беляков Н.А., Никитин П.В., Клиценко О.А., Беляков Н.А. Формирование и расширение популяции социально-адаптированных мужчин, живущих с ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2013. — Т. 5, № 3. — С. 93–99.
10. Булеков И.С. Наркопотребление как главный элемент неприверженности ВААРТ. Можно ли сформировать приверженность у активного наркопотребителя // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 4. — С. 20–23.
11. Дворак С.И., Степанова Е.В., Сизова Н.В., Рассохин В.В. Причины прекращения ВААРТ. Результаты длительного наблюдения за больными с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 3. — С. 52–57.
12. ДиКлементе Р., Браун Д. Улучшение соблюдения режима антиретровирусной терапии и безопасности полового поведения у ВИЧ-инфицированных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2012. — Т. 4, № 2. — С. 35–44.

13. Левина О.С. Отношение ВИЧ-инфицированных людей к лечению // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 1. — С. 64–71.
14. Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Жукова С.В. Программа комплексного обеспечения антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов, заразившихся из-за применения инъекционных наркотиков // Инфекционные болезни — 2006. / Под ред. А.А.Яковлева, А.Г. Рахмановой. — СПб.: Издательство ССЗ., 2007. — С. 136–139.
15. Островский Д.В., Хан Г.Н. Мультипрофессиональная команда по формированию приверженности к ВААРТ: руководство / Под ред. Н.А.Чайки. — СПб.: РОО Возвращение, 2009. — 103 с.
16. Catz S., Kelly J., Bogart L., Benotsch E., McAuliffe T. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease // Health Psychology. — 2000. — Vol. 19. — P. 124–133.
17. Burgoyne R., Renwick R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. // Social Science and Medicine. — 2004. — Vol. 58. — P. 1353–1366.
18. Gonzalez J., Penedo F., Antoni M., Duran R.E., McPherson-Baker S., Ironson G., Isabel Fernandez M., Klimas N.G., Fletcher M.A., Schneiderman N. Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS // Health Psychology. — 2004. — Vol. 23. — P. 413–418.
19. Vyavaharkar M., Moneyham M., Tavakoli L., Phillips K.D., Murdaugh C., Jackson K., Meding G. Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the Southeastern United States // AIDS Patient Care and STDs. — 2007. — Vol. 21. — P. 667–680.
20. Mosack K., Wendorf A. Health care provider perspectives on informal supporters' involvement in HIV care // Qualitative Health Research. — 2011. — Vol. 21. — P. 1554–1566.
21. Wohl A., Galvan F., Myers H., Garland W., George S., Witt M., Cadden J., Operskalski E., Jordan W., Carpio F., Lee M.L. Do social support, stress, disclosure, and stigma influence retention in HIV care for Latino and African American men who have sex with men and women? // AIDS and Behavior. — 2011. — Vol. 15. — P. 1098–1110.
22. Johnson M., Dilworth S., Taylor J., Darbes L.A., Comfort M.L., Neilands T.B. Primary relationships, HIV treatment adherence, and virological control // AIDS and Behavior. — 2012. — Vol. 16. — P. 1511–521.
23. Ammassari A., Trotta M., Murri R., Castelli F., Narciso P., Noto P., Vecchiet J., D'Arminio Monforte A., Wu A.W., Antinori A. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of the published literature // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2002. — Vol. 31 (Suppl. 3). — P. 5123–5127.
24. George S., Garth B., Wohl A., Galvan F.H., Garland W., Myers H.F. Sources and types of social support that influence engagement in HIV care among Latinos and African Americans // Journal of Health Care for the Poor and Underserved. — 2009. — Vol. 20. — P. 1012–1035.
25. Knowlton A.R., Arnsten J.H., Gourevitch M., Galvan F.H., Garland W., Myers H.F. Microsocial environmental influences on highly active antiretroviral therapy outcomes among active drug injectors // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2007. — Vol. 46. — P. 110–119.
26. Malta M., Strathdec S., Magnanini M., Bastos F. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: A systematic review // Addiction. — 2008. — Vol. 103. — P. 1242–1257.
27. Amirkhanian Y.A., Kelly J., McAuliffe T. Psychosocial needs, mental health, and HIV transmission risk behavior among people living with HIV/AIDS in St. Petersburg, Russia // AIDS. — 2003. — Vol. 17. — P. 2367–2374.
28. Simoni J., Pantalone D., Plummer M., Huang B. A randomized controlled trial of a peer support intervention targeting antiretroviral medication adherence and depressive symptomatology in HIV-positive men and women // Health Psychology. — 2007. — Vol. 26. — P. 488–495.
29. Simoni J., Huh D., Frick P., Pearson C.R., Andrasik M.P., Dunbar P.J., Hooton T.M. Peer support and pager messaging to promote antiretroviral modifying therapy in Seattle: a randomized controlled trial // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2009. — Vol. 52. — P. 465–473.
30. Morse J.M. Designing funded qualitative research // The Handbook of Qualitative Research. Denzin N., Lincoln Y. (eds). Thousand Oaks: Sage Publications. — 1994. — P. 220–235.
31. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. New York: Guilford Press. — 2002. — 428 p.
32. Amirkhanian Y.A., Kelly J., Kuznetsova A.V., DiFranceisco W.J., Musatov V.B., Pirogov D.G. People with HIV in HAART-era Russia: transmission risk behavior prevalence, antiretroviral medication-taking and psychosocial distress // AIDS and Behavior. — 2011. — Vol. 15 (4). — P. 767–777.
33. Amirkhanian Y.A., Kelly J., Kabakchieva E., Kirsanova A.V., Vassileva S., Takacs J., DiFranceisco W.J., McAuliffe T.L., Khoursine R.A., Mocsonaki L. A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria // AIDS. — 2005. — Vol. 19. — P. 1897–1905.
34. Kelly J., Amirkhanian Y.A., Kabakchieva E., Vassileva S., Vassilev B., McAuliffe T.L., DiFranceisco W.J., Antonova R., Petrova E., Khoursine R.A., Dimitrov B. Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high-risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Sofia, Bulgaria: randomized, controlled trial // British Medical Journal. — 2006. — Vol. 333. — P. 1098–1101.

35. *Вирус иммунодефицита человека* — медицина / Под ред. Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. — 752 с.
36. *Беляева В.В.* Стратегии повышения приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции // Венеролог. — 2005. — № 10. — С. 13–16.

Статья поступила: 07.02.2014 г.

Контактная информация: *Мусатов Владимир Борисович* doctormusatov@gmail.com

Авторский коллектив:

Яковлев Алексей Авенирович — Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, 8 (812) 920-01-02, iakovlevhome1956@yahoo.com.

Амирханян Юрий Альбертович — Медицинский колледж Висконсина, Центр исследований ВИЧ-профилактических вмешательств, Милуоки, Висконсин, США, 8 (812) 717-89-64, yuri@mcw.edu.

Мусатов Владимир Борисович — Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, 8 (812) 717-77-61 doctormusatov@gmail.com

Чайка Николай Анатольевич — Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия, 8 (812) 233-34-20, nchaika@mail.ru

Яблонский Петр Казимирович — Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, 8 (812) 553-18-83, trifonova@spbniiif.ru

Кострицкая Серафима Сергеевна — Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, 8 (904) 606-15-69, shikarnaja@inbox.ru

ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:

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