

УДК 616.981.21/.958.7:159.922.6

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-4-55-65>

РОЛЬ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

^{1,4}Э. Ж. Серeda*, ^{1,2}Н. Б. Халезова, ^{1,2}А. В. Самарина, ^{2,3}В. В. Рассохин

¹Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, Россия

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

³Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург, Россия

⁴Детский научно-клинический центр инфекционных болезней, Санкт-Петербург, Россия

Цель: провести анализ частоты встречаемости и структуры эмоциональных переживаний и самостигматизации и влияние на приверженность к антиретровирусной терапии (АРТ) у пациентов молодого возраста с перинатальным путем инфицирования ВИЧ (ППИ ВИЧ).

Материалы и методы. Проведено ретроспективно-проспективное исследование, в которое были включены 105 пациентов с ППИ ВИЧ (мужчины 53 (50,4%), женщины 52 (49,6%)) с описанием медико-социальных и лабораторных характеристик (количество CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ в крови) на момент перехода во взрослое отделение Центра СПИД и в динамике через 3 года. Выполнено углубленное кросс-секционное психологическое и психометрическое обследование 41 пациента в возрасте 18–25 лет (23 (56%) мужчин, 18 (44%) женщин) с ППИ ВИЧ с использованием модифицированной для пациентов, живущих с ВИЧ, шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983), «Теста для выявления ведущего фактора стигматизации» (2015); шкалы оценки приверженности (Мориски–Грин).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов на момент проведения исследования сопоставим с длительностью инфицирования ВИЧ и составил $20,9 \pm 1,5$ года. Средний возраст выявления ВИЧ-инфекции составил $2,5 \pm 4,2$ года. Средний возраст начала АРТ — $7,2 \pm 4,5$ года. Собственную семью создали 5,8% респондентов, о наличии трудовой деятельности сообщил лишь каждый пятый, инвалидность установлена у 8,6%. Имеющаяся зависимость от никотина, а также опыт потребления алкоголя и наркотиков отмечены у 12,3%, 4,7% и 2,8% пациентов соответственно. Стигматизация/самостигматизация чаще встречалась у мужчин и была ассоциирована с длительным приемом АРТ. Все остальные факторы стигматизации/самостигматизации (*индивидуальные, семья/близкие, социальные*) не были статистически значимыми. Депрессивные состояния были более характерны для женщин по сравнению с мужчинами.

Заключение. В исследовании доказаны связи между снижением приверженности, эмоциональными переживаниями и стигматизацией пациентов с перинатальным инфицированием ВИЧ. Психокоррекционная работа и психофармакологическое лечение могут стабилизировать психическое состояние, уменьшить степень самостигматизирующего фактора болезни и соответственно усилить приверженность к лечению. В связи с высокой частотой выявления признаков депрессивных расстройств стигматизации/самостигматизации у молодых людей с перинатальным инфицированием ВИЧ целесообразно в повседневной клинической практике врачей-инфекционистов и врачей-педиатров внедрять использование доступных эффективных диагностических подходов и инструментов (шкалы, анкеты) с целью своевременного выявления риска психических расстройств.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, стигматизация/самостигматизация, тревога, депрессия, молодые люди с перинатальной ВИЧ-инфекцией, приверженность к АРТ

* Контакт: Серeda Эмануэль Жозевич, do-one@yandex.ru

THE ROLE OF INTERNALISED STIGMA AND EMOTIONAL SUFFERING IN FORMING ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN YOUNG PATIENTS WITH PERINATAL HIV INFECTION

^{1,4}E. Zh. Sereda*, ^{1,2}N. B. Khalezova, ^{1,2}A. V. Samarina, ^{2,3}V. V. Rassokhin

¹Centre on Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, St. Petersburg, Russia

²Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

³St. Petersburg Pasteur Institute, St. Petersburg, Russia

⁴Clinical Research Centre on Paediatric Infectious Diseases, St. Petersburg, Russia

Aim of the study. To analyse the incidence and pattern of emotional suffering and internalised stigma, as well as their impact on adherence to antiretroviral therapy (ART) in young patients living with perinatal HIV infection.

Materials and methods. We studied 105 patients with perinatal HIV infection (53 men (50.4%) and 52 women (49.6%)), describing their medical, social and laboratory characteristics such as CD4-lymphocyte count (cells/ μ L) and HIV RNA detection (copies/mL) in blood at the moment of their transition to adult follow-up and 3 years afterwards. We performed an in-depth cross-sectional psychological and psychometric study of 41 patients aged 18–25 (23 men (56%) and 18 women (44%)) with perinatal HIV infection monitored since childhood at the dispensary department of the AIDS Centre. The following methods were used: the HADS scale (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983), the “Major Stigma Factor Test” (2015) with questions adapted for HIV disease and the Morisky-Green Medication Adherence Scale. A survey of 105 patients with HIV PPI was conducted: 53 men (50.4%), 52 women (49.6%), their social status and the course of HIV infection were characterized (the number of CD4 lymphocytes (cells/ μ L) and HIV RNA in blood plasma (copies/mL) retrospectively at the age of 18 on the moment of transition to an adult dispensary and in dynamics (~ 3 years later). Then 41 patients aged 18–25 years (23 (56%) men, 18 (44%) women) were selected from the main group using a continuous method and an in-depth cross-sectional psychological and psychometric examination was conducted using the HADS scale (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983); “A test to identify the leading factor of stigmatization” (2015) [with modification of questions for HIV infection; adherence assessment scales (Morisky-Green)].

Results and discussion. The incidence of stigma/internalised stigma was more frequent in men than in women and was associated with long-term ART intake. All other stigma/internalised stigma factors (individual, family/friends, social) were not statistically significant. Depressive states were more often found in women than in men. Our ART adherence analysis did not yield statistical differences. The average age of patients at the time of the study was 20.9 ± 1.5 years. The duration of the disease is comparable to the age of the study group which is due to infection. The average age of HIV infection detection was 2.5 ± 4.2 years. In 79% of patients ART was started at the age of 7.2 ± 4.5 years. According to the results of the patient survey, 5.8% of respondents created their own family (including with the birth of 1 child), and only one in five (20%) reported having a job, 8.6% had a disability. The existing dependence on nicotine, as well as the experience of alcohol and drug consumption (recreational use) were noted in 12.3%, 4.7 and 2.8% of patients, respectively.

Conclusion. This study showed correlations between decreased adherence to ART, emotional suffering and internalised stigma in patients with perinatal HIV infection. Psychocorrection and psychopharmacological treatment may prove effective for stabilising patients' mental state, reducing internalised stigma factor and consequently increasing adherence to treatment. In light of the high frequency of depressive disorders associated with stigma/internalised stigma in young people with perinatal HIV infection, it is advisable to put available effective diagnostic methods and tools (scales, questionnaires) in the daily clinical practice of infectious disease physicians and paediatricians for early detection of mental disorders.

Keywords: stigma/internalised stigma, anxiety, depression, young people with perinatal HIV infection, adherence to ART

* Contact: Emanuel Zhozevich Sereda, do-one@yandex.ru

© Середя Э.Ж. и соавт., 2024 г.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Середя Э.Ж., Халезова Н.Б., Самарина А.В., Рассохин В.В. Роль самостигматизации и эмоциональных переживаний в формировании приверженности к антиретровирусной терапии у пациентов молодого возраста с перинатальным путем инфицирования ВИЧ // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2024. Т. 16, № 4. С. 55–65, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-4-55-65>.

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

For citation: Sereda E.Zh., Khalezova N.B., Samarina A.V., Rassokhin V.V. The role of internalised stigma and emotional suffering in forming adherence to antiretroviral therapy in young patients with perinatal HIV infection // *HIV infection and immunosuppression*. 2024. Vol. 16, No. 4. P. 55–65, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-4-55-65>.

Введение. Вот уже более двадцати лет ВИЧ-инфекция является контролируемым хроническим заболеванием, которое к настоящему времени не представляет смертельной угрозы в случае системного и регулярного приема АРТ (т.е. соблюдение времени приема, пищевых рекомендаций и непосредственной дозы препаратов) [1]. С самого начала эпидемии 90% детей младшего возраста, инфицированных ВИЧ перинатальным путем, проживали преимущественно в странах Африки и Индии [2], а в дальнейшем их число стало увеличиваться повсеместно. К 2023 году общая численность детей и подростков до 14 лет, живущих с ВИЧ-инфекцией, превысила 1,8 млн человек, причем подавляющее большинство из них были инфицированы перинатально [3].

У этой популяции пациентов на фоне наличия ВИЧ-инфекции и длительного приема антиретровирусной терапии (АРТ) может формироваться стигма в детском возрасте, негативно влияющая на приверженность к лечению. После перехода молодых людей во взрослое отделение из-под наблюдения пропадает от трети до половины пациентов [4–7].

Стигматизация/самостигматизация может привести к тому, что люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), ограничивают круг своего общения, разрывают родственные связи, в ряде случаев оставляют работу, вследствие чего развиваются психические нарушения невротического спектра [8, 9].

Частота встречаемости психических расстройств у ЛЖВ значительно выше, чем у неинфицированного населения. Наиболее распространенным психическим нарушением при ВИЧ-инфекции является депрессия с распространенностью до 44,9% [10], а встречаемость тяжелой депрессии достигает 21% [11]. Суицидные мысли на протяжении жизни выявляются у 13,3% ЛЖВ [12], а смертность от суицида составляет 1%. Показатели смертности вследствие завершённых суицидов существенно снижаются после начала АРТ.

Распространенность психических расстройств у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией по частоте встречаемости тоже значительно выше, чем в общей популяции [8]. Среди психических расстройств у ВИЧ-инфицированных детей и подростков также наиболее часто встречаются тревож-

ные и депрессивные расстройства — 18,9–22% случаев [13]. В исследовании A. Walsh и соавт. (2017) продемонстрировано, что депрессивные симптомы выявлялись у подростков независимо от пола, расы и их этнической принадлежности [14]. В последующем при изучении данного вопроса E. Kemigisha и соавт. в 2019 г. установили, что вероятность появления первых симптомов депрессии становится выше по мере взросления подростков [15]. Российские исследователи показали, что депрессивные расстройства являются наиболее распространенными психическими нарушениями у ВИЧ-инфицированных детей и могут возникать на всех этапах заболевания, причем вероятность появления симптомов депрессии выше у подростков старше 15 лет [8, 15]. Вместе с тем частота встречаемости, характер и последствия нарушений психоэмоционального статуса у ЛЖВ с ППИ ВИЧ в Российской Федерации системно не изучались, остается большое количество нерешенных вопросов и в отношении организации медико-социальной и психологической помощи таким пациентам, а также сохранения приверженности к АРТ на всех этапах динамического диспансерного наблюдения.

Цель исследования: изучение социальных, демографических и клинических особенностей, а также влияния эмоциональных переживаний и самостигматизации на приверженность к АРТ у пациентов молодого возраста с перинатальным путем инфицирования ВИЧ.

Материалы и методы. Проведено обследование 105 пациентов с ППИ ВИЧ: мужчины 53 (50,4%), женщины 52 (49,6%) человека, дана характеристика их социального статуса, течения ВИЧ-инфекции (количество CD4-лимфоцитов (клеток/мкл) и уровень вирусной нагрузки (РНК ВИЧ) в плазме крови (копий/мл) ретроспективно в 18 лет, на момент перехода во взрослое диспансерное отделение и в динамике (~через 3 года). На момент проведения исследования из 105 молодых людей, переведенных в возрасте 18 лет из отделения материнства и детства ЦС во взрослое инфекционное отделение для дальнейшего наблюдения и лечения, остались доступными для наблюдения только 82 пациента (78%). Из данной группы сплошным методом был отобран 41 пациент в возрасте 18–25 лет (23

(56%) мужчин, 18 (44%) женщин), и проведено углубленное кросс-секционное психологическое и психометрическое обследование.

Критерии включения: перинатальный путь инфицирования, возраст от 18 до 25 лет, диспансерное наблюдение в Санкт-Петербургском Центре СПИД в детском и подростковом возрасте, подписанное информированное согласие. Критерии не включения: половой или парентеральный путь инфицирования ВИЧ, возраст <18 лет и >25 лет, отсутствие диспансерного наблюдения в Санкт-Петербургском Центре СПИД в детском и подростковом возрасте.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования: клинико-анамнестический метод (информация из медицинских карт). Собраны сведения о:

— социально-демографическом статусе (возраст, уровень образования, трудовой, семейный статусы, приверженность к наблюдению и приему АРТ);

— анамнезе заболевания: длительность инфицирования ВИЧ, сроки начала АРТ, общая длительность приема АРТ.

Также проводилось анкетирование пациентов с использованием следующих методик:

— Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983) [16]. Оценка полученных результатов основывается на сумме полученных баллов: 0–7 баллов — норма, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия;

— Тест для выявления ведущего фактора стигматизации (Григорьева И.А., 2015) [17] с модификацией вопросов для заболевания ВИЧ-инфекция. В методике отображены несколько факторов, позволяющих оценить уровень стигматизации/самостигматизации у ЛЖВ: индивидуальные (личностные) характеристики, оказывающие влияние; учебное заведение/работодатель как стигматизирующий фактор; прием лекарственного средства; семья/близкие;

— Шкала оценки приверженности (Мориски–Грин, 1986) [18]. Оценка полученных результатов: COMPLAINTS (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла, набравшие 2 балла и менее считаются неприверженными, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

Лабораторный метод включал в себя оценку количества CD4-лимфоцитов (клеток/мкл) и РНК

ВИЧ (копий/мл) в крови ретроспективно (~3 года назад) на момент перехода во взрослое диспансерное наблюдение, а также в момент проведения исследования.

Для статистического анализа данных использовали систему STATISTICA for Windows (версия 10) при уровне значимости, соответствующем величине $p < 0,05$. Уровень нормальности распределения оценивался по критерию Шапиро–Уилка. Для количественных показателей рассчитывались средние и среднеквадратические отклонения ($m \pm SD$). Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах. Значимость различий показателей оценивали с использованием непараметрического χ^2 -критерия Вилкоксона–Манна–Уитни, проверку значимости результатов анализа зависимости между качественными признаками — при помощи точного критерия Фишера. При исследовании зависимости между метрическими признаками проверяли значимость отклонения от нуля коэффициентов корреляции Пирсона. Для феноменологической характеристики изучаемых явлений применяли двухфакторный дисперсионный анализ. Исследовали структуру соотношений характеристик изучаемого явления в их совокупности и выделяли наиболее значимые методом главных компонент. Информативность показателей для определения вероятности их сочетанного использования в качестве критериев факторов приверженности лечению оценивали путем расчета дискриминантной функции.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов на момент проведения исследования составил $20,9 \pm 1,5$ (мин. — 18,5, макс. — 24,5) года.

Длительность ВИЧ-инфицирования сопоставима с возрастом пациентов, что обусловлено путем заражения. Возраст выявления заболевания описываемой группы составил $2,5 \pm 4,2$ (мин. — сразу после рождения, макс. — 17,4) года. Однако у 79% пациентов ($n=83$) назначение АРТ было запоздалым и в среднем было начато в возрасте $7,2 \pm 4,5$ (мин. — первые дни после рождения, макс. — 17,4) года (рис. 1).

Позднее назначение АРТ, во-первых, связано с тем, что до 2013 года в Российской Федерации (РФ) не существовало клинических рекомендаций по лечению детей с ВИЧ-инфекцией, включая возраст старта АРТ [19, 20]. Во-вторых, у 18 (17,1%) больных диагноз был установлен в возрасте старше 5 лет. В результате средняя продолжительность лечения антиретровирусными препаратами

(АРВП) на момент проведения исследования составила $13,4 \pm 11,3$ (мин. — 3,2, макс. — 22,3) года.

значительно чаще, чем в исследуемой группе молодых людей с перинатальной ВИЧ-инфекцией [22].

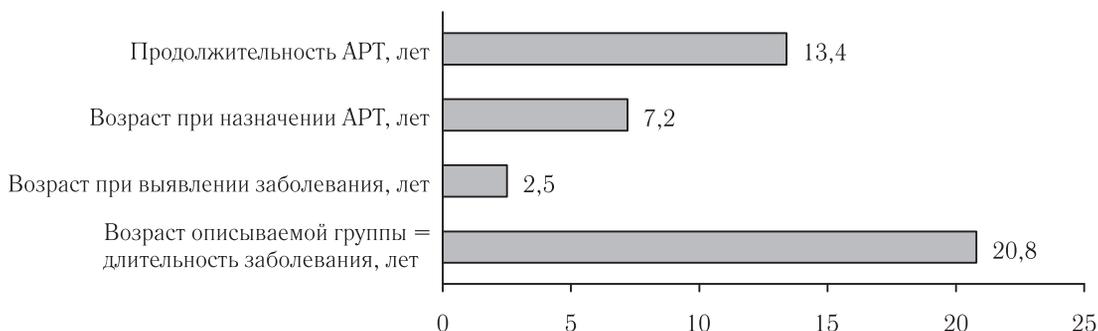


Рис. 1. Характеристика молодых пациентов с перинатальным путем инфицирования ВИЧ: возраст, длительность болезни и антиретровирусная терапия (годы), $n=105$

Fig. 1. Characterization of young patients with perinatal HIV infection: age, duration of disease and ART (years), $n=105$

Социальные характеристики пациентов представлены в табл. 1.

Согласно другим данным, злоупотребление и зависимость от алкоголя среди населения старше 15 лет в мире оценивается в 7,5% [23]. Приведенные данные свидетельствуют о высокой частоте наркотической и алкогольной зависимости в популяции лиц молодого возраста. Таким образом, приведенная частота потребления ПАВ пациентами с ППИ ВИЧ в группе исследования может быть оценена, как сравнительно низкая. Данный факт можно объяснить в том числе и трагическим жизненным опытом молодых людей, многие из которых остались сиротами из-за смерти родителей — потребителей наркотиков — с соответствующими переживаниями страха формирования зависимости.

Таблица 1
Социальные характеристики пациентов с перинатальным путем инфицирования ВИЧ

Table 1
Social characteristics of patients with perinatal HIV infection

Показатель	Количество пациентов ($n=105$)	
	абс.	%
Образование:		
высшее	8	7,6
среднее	82	78,2
неполное среднее	15	14,2
Трудоустроенность	21	20
Инвалидизация	9	8,6
Наличие собственной семьи	4	3,8
Никотиновая зависимость	13	12,3
Опыт употребления наркотиков	3	2,8

Согласно результатам опроса пациентов, собственную семью создали 5,8% респондентов (в том числе с рождением 1 ребенка), а о наличии трудовой деятельности сообщил лишь каждый пятый (20%), инвалидность установлена у 8,6%.

Имеющаяся зависимость от никотина, а также опыт употребления алкоголя и наркотиков (рекреационное употребление) отмечены у 12,3%, 4,7 и 2,8% пациентов соответственно. В популяции сверстников зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) встречается в 2 раза чаще (6%) [21]. Крупное исследование, включающее 2216 человек в возрасте 12–26 лет, показало, что частое употребление табака было отмечено у трети опрошенных (32,9%), алкоголя — в 21,3% случаев, что также

Среднее время, прошедшее после перехода во взрослое отделение, составило $3,0 \pm 3$ года (мин. — 0,2, макс. — 6 лет). Значимые различия между количеством CD4-лимфоцитов при переходе на взрослое отделение и через 3 года после перехода отсутствовали (732 ± 316 и 701 ± 293 клеток/мкл соответственно). Доля пациентов с определяемой вирусной нагрузкой ВИЧ (ОВН ВИЧ) в крови на момент перехода во взрослое отделение составила 13,3%, через 3 года — 13,4% ($n=11$) из числа пациентов, продолжающих диспансерное наблюдение в ЦС ($n=82$). Два пациента из числа с ОВН ВИЧ имели мутации вируса согласно тестам на определение резистентности, при этом все пациенты с низким иммунным статусом и ОВН ВИЧ демонстрировали низкую комплаентность.

Результаты оценки уровня приверженности к АРТ при использовании шкалы Мориски–Грин [18] представлены в табл. 2. Анкетирование прошел 41 пациент ППИ ВИЧ — 23 (56%) мужчины и 18 (44%) девушек.

Таблица 2

Уровень приверженности пациентов с перинатальным путем инфицирования ВИЧ к антиретровирусной терапии (n=41)

Table 2

Level of adherence of patients with perinatal HIV infection to ART (n=41)

Показатель	Мужчины, абс. число (%), n=23	Женщины, абс. число (%), n=18	p
Высокая приверженность	3 (13)	0	<0,05
Недостаточная приверженность	5 (22)	2 (11)	<0,05
Низкая приверженность	15 (68)	16 (89)	

Примечание: 0 баллов — высокая приверженность; 1 балл — недостаточная приверженность; ≥ 2 баллов — низкая приверженность.

Note: 0 points — high commitment; 1 point — insufficient commitment; ≥ 2 points — low adherence.

Высокую приверженность к АРТ демонстрировали только пациенты мужского пола — 3 (13%), недостаточная приверженность встречалась у мужчин и женщин — 5 (22%) и 2 (11%) соответственно, $p < 0,05$. Если говорить о низкой приверженности (*комплаентности*), достоверных различий по полу получено не было, $p > 0,05$. Важно отметить, что молодые люди с недостаточной или низкой приверженностью к наблюдению периодически практикуют возобновление приема АРВП за несколько дней до проведения лабораторного контроля эффективности лечения ВИЧ-инфекции (уровень РНК ВИЧ в крови), поэтому доля пациентов ОВН ВИЧ ниже, чем пациентов с низкой или недостаточной приверженностью. Другим важным фактором, объясняющим данное расхождение является применение препаратов с высоким барьером резистентности, когда наличие периодических пропусков АРВП до какого-то времени не вызывает увеличения уровня РНК ВИЧ в крови.

Еще один немаловажный фактор, выявленный у данной группы пациентов, оказывающий непосредственное влияние на приверженность — это продолжительность заболевания, которая соответствует возрасту пациентов (рис. 2). Полученные данные свидетельствуют, что если длительность инфицирования ≥ 20 лет, то доля приверженных пациентов достоверно снижается ($p = 0,03$).

И. А. Григорьевой (2015) была разработана методика для выявления основного стигматизирующего фактора при хронических заболеваниях, которая должна помочь в психокоррекционной работе, а также при составлении реабилитационных программ. В основу исследования была положена гипотеза, что особенности стигматизации у пациентов разного возраста имеют свою специфику, при этом ведущие факторы стигматизации у подростков и взрослых различаются. В соответствии с предложенной методикой выделено четыре фактора (*прием лекарственного средства,*

индивидуальные особенности, семья и взаимоотношения с близкими, трудовая деятельность). Учитывая отсутствие валидизированных методик по оценке стигматизации людей, живущих с ВИЧ, методика, описанная выше, была нами модифицирована для данной группы пациентов. Результаты представлены в табл. 3. Анкеты заполнил 41 пациент (23 (56%) — мужчины, 18 (44%) — девушки).

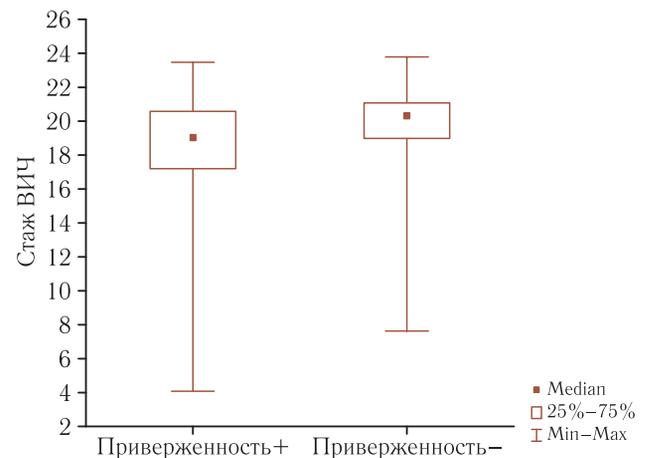


Рис. 2. Продолжительность инфицирования ВИЧ является фактором, оказывающим влияние на приверженность к антиретровирусной терапии

Fig. 2. Duration of HIV infection is a factor influencing adherence to antiretroviral therapy

Согласно данным, представленным в таблице 3, у мужчин значимо чаще чем у женщин формируется стигматизация, обусловленная приемом АРТ, $p < 0,001$. В других факторах стигматизации, таких, как индивидуальные (И), дополнительные (Д), семейные (С), половые различия обнаружены не были, $p > 0,5$. При этом пациенты мужского пола с выявленным высоким уровнем стигматизации, обусловленным приемом АРТ, в большинстве своем имели нормальный иммунный статус и неопределяемую ВН ВИЧ в крови. Лишь у одного (4,3%) пациента была выявлена вирусемия, зафиксированная в течение всего периода наблюдения

Таблица 3

Оценка уровня стигматизации/самостигматизации у пациентов с перинатальным путем инфицирования ВИЧ (n=41)

Table 3

Assessment of stigma/self-stigma in patients with perinatal HIV infection (n=41)

Критерий	Количество баллов	Мужчины, абс. число (%), n=23	Женщины, абс. число (%), n=18	Пояснение	p
И	12–15	10 (44)	7 (39)	Ведущий	0,768
И	16–20	13 (57)	11 (61)	Средний	0,768
И	21–25	0	0	Низкий	—
Д	6–7	15 (65)	11 (61)	Ведущий	0,787
Д	8–10	8 (35)	7 (39)	Средний	0,787
Д	11–12	0	0	Низкий	—
П	6–7	23 (100)	8 (44,4)	Ведущий	<0,001
П	8–10	0	9 (50)	Средний	—
П	11–12	0	0	Низкий	—
С	6–7	1 (4)	3 (17)	Ведущий	0,188
С	8–10	19 (83)	13 (72)	Средний	0,426
С	11–12	3 (13)	2 (11)	Низкий	0,852

Примечание: И — индивидуальные, личные характеристики, оказывающие влияние; Д — учебное заведение/работодатель как стигматизирующий фактор; П — прием лекарственного средства; С — семья/близкие.

Note: И — individual, personal characteristics that have an impact; Д — educational institution/employer as a stigmatizing factor; П — medicine intake; С — family/relatives.

(до перехода на взрослое отделение и в последующем), что обусловлено низкой приверженностью к АРТ. Таким образом, в большинстве случаев самостигматизация у мужчин, связанная с длительным лечением ВИЧ-инфекции, не отразилась на приверженности к приему АРТ. Среди женщин явления иммунодефицита также в большинстве случаев отсутствовали. Лишь у 3 (16,6%) женщин снижение количества CD4-лимфоцитов сочеталось с сопутствующей картиной депрессии, причем

При анализе взаимосвязей между выраженностью эмоциональных переживаний, уровнем приверженности и стигматизации была обнаружена связь между повышением степени тревожных и депрессивных переживаний и снижением приверженности (шкала Мориски–Грин) ($k=-0,45$, $p=0,002$, $k=-0,43$, $p=0,004$ соответственно).

Однако установлено, чем выше был уровень депрессии, тем ниже уровень стигматизации/самостигматизации ($k=-0,47$, $p=0,001$).

Таблица 4

Оценка уровня тревожных и депрессивных переживаний у пациентов с перинатальным путем инфицирования ВИЧ (шкала HADS)

Table 4

Assessment of anxiety and depression in patients with perinatal HIV infection (HADS scale)

Баллы	Интерпретация	Мужчины, субшкала тревоги, n=23	Мужчины, субшкала депрессии, n=23	Женщины, субшкала тревоги, n=18	Женщины, субшкала депрессии, n=18	p субшкала тревоги	p субшкала депрессии
0–7	Норма	10	9	8 (44%)	7 (38%)	0,951	0,759
8–10	Субклинически выраженная тревога / депрессия	3	4	5 (28%)	4 (22%)	0,238	0,699
≥11	Клинически выраженная тревога / депрессия	10	10	5 (28%)	7 (38%)	>0,05	<0,05

из них только у 1 пациентки была выявлена ОВН ВИЧ. Клинически выраженные проявления тревожных переживаний и депрессивных состояний чаще выявляются у пациентов женского пола, суммарное количество баллов используемой оценочной шкалы составило ≥ 11 баллов ($p < 0,05$) (табл. 4).

Для оценки уровня стигматизации, приверженности к АРТ с учетом наличия ряда факторов (социальных и психосоматических) представляем случай пациента с ППИ ВИЧ.

Клинический пример. Пациент К., 21 год и 5 месяцев (на момент проведения исследования).

Путь инфицирования перинатальный. Мать отказалась от пациента сразу после рождения. Мать была активным потребителем наркотиков как до наступления, так и во время беременности. Ребенок воспитывался в детском доме. Родственники неизвестны.

Возраст установления диагноза ВИЧ-инфекции — в первые месяцы после рождения. Стадия заболевания на момент установления диагноза соответствовала В1–В2, в первые месяцы жизни в качестве оппортунистической инфекции была выявлена цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Другие уточненные диагнозы в течение жизни: атопический дерматит, гепатомегалия, резидуальная энцефалопатия, микроцефалия, задержка психомоторного развития, гиперметропия, астигматизм. На момент постановки диагноза ВИЧ-инфекция у пациента количество РНК ВИЧ в крови составляло 750 000 копий/мл, CD4-лимфоцитов (абсолютное/%) — 1310 клеток/мкл/24%. АРТ (представленная комбинацией групп: ddi+3ТС+LPV/г) была назначена в возрасте 4 лет 3 мес при количестве РНК ВИЧ в крови 750 000 копий/мл, CD4-лимфоцитов — 1525 клеток/мкл/34%.

На момент перехода на взрослое отделение пациент К. имел подавленный уровень вирусной нагрузки на фоне регулярного приема АРТ и оптимальные иммунологические показатели CD4-лимфоциты 734 клеток/мкл (36%). Как на момент перехода на взрослое отделение, так и в настоящее время пациент принимает препараты АРТ в виде фиксированной комбинации доз (ФКД) в виде одной таблетки с однократным режимом приема в сутки — TDF+FTC+RPV, в последующем схема была замена на аналогичный препарат, в составе которого третий компонент схемы имеет более высокий генетический барьер — TDF+3ТС+DOR. Данный препарат пациент получает по настоящее время. Однако после перехода на взрослое отделение отмечены эпизоды выявления вирусной нагрузки в плазме крови на фоне нерегулярного приема АРТ. В настоящее время уровень РНК ВИЧ 2009 копий/мл, при этом количество CD4-лимфоциты 715 клеток/мкл (32%). Из консультаций психологов Центра СПИД было установлено, что пациент переживает самостигматизацию в связи с ВИЧ-инфицированием. Клинически значимых изменений со стороны клинического или инфекционного статуса изменений у данного пациента в настоящее время не зафиксировано, за исключением появления ВН ВИЧ в плазме крови на фоне

нерегулярного приема АРТ, которое обусловлено факторами, описанными нами ранее.

При проведении тестирования и анкетирования в рамках проведения исследования у этого пациента были получены следующие данные: оценка уровня приверженности по Мориски–Грин — 4 балла, оценка уровня тревоги и депрессии (HADS) — 6/5 баллов, при оценке уровня стигматизации было получено суммарно 37 баллов, из них:

- индивидуальные особенности — 13 баллов — непосредственное влияние на стигматизацию (сильная степень влияния);
- социальные факторы — 5 баллов — не являются стигматизирующим фактором;
- прием АРТ — 9 баллов (свойства препарата и его ежедневный прием не в полной мере являются фактором стигматизации и дезадаптации);
- семья/близкое окружение (пациент вырос в детском доме) — 10 баллов (семья влияет на стигматизацию и дезадаптацию, однако не в полной мере).

Представленный клинический случай отображает психологическую уязвимость пациентов, которые живут с ВИЧ-инфекцией с самого рождения. Однако нужно также учитывать и многофакторность: отсутствие родителей, задержку психического развития и др. Известно, что доля детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, воспитывавшихся в государственных учреждениях Санкт-Петербурга, достигала 40% [24].

Изучение данной категории пациентов, проведение скрининга (анкетирование) поможет вовремя выявить факторы, оказывающие негативное влияние на биологические и психосоциальные компоненты здоровья, что в свою очередь может повлиять на приверженность к лечению в будущем. Представленный клинический случай наглядно продемонстрировал высокую степень стигматизации (многофакторная связь), которая оказывает негативное влияние на приверженность к приему АРТ, что подтверждается неоднократными эпизодами обнаружения ВН ВИЧ в плазме крови.

Обсуждение. К сожалению, позднее выявление ВИЧ у детей с перинатальным путем инфицирования может вызвать резкое ухудшение здоровья с плохим прогнозом и трудности в подборе терапии при иммунодефиците.

В 2024 г. основной контингент больных молодого возраста с ППИ ВИЧ — люди с довольно низким социальным статусом. Среди них получили высшее образование лишь 7,6%, а трудоустроены

лишь 20%. В аспекте «особого статуса» описываемой группы (путь и время инфицирования) и затронутой темы исследования (вопросы стигматизации, наличие тревожно-депрессивных расстройств) важно указать, что более 40% детей в начале 2000-х годов, которым был установлен диагноз «ВИЧ-инфекции» в последующем воспитывались в детских домах [24]. При этом известно, что пациенты с перинатальным путем инфицирования ВИЧ преимущественно начинают лечение несвоевременно — в возрасте ~6,5 лет. [25]. Несмотря на длительный прием АРТ, выявляется 13% пациентов с наличием иммунодефицита различной степени тяжести, так же как и с ОВН ВИЧ, что подтверждает низкую приверженность к АРТ у 1/8 части больных. Известно, что у молодых люди с перинатальной ВИЧ-инфекцией приверженность после перехода на взрослое отделение может снижаться. Причины снижения приверженности, скорее всего, тесно связаны с психическими нарушениями (самостигматизация, «таблеточная усталость», эмоциональные нарушения и др.). При этом по механизму обратной связи иммунодефицит и определяемый уровень вирусной нагрузки могут способствовать развитию психических нарушений [26]. Согласно результатам исследования, степень приверженности не зависит от пола.

Важно подчеркнуть, что пациенты, живущие с ВИЧ, испытывают особый и более интенсивный тип стигматизации, чем люди с наличием других хронических заболеваний [27].

Нами установлена высокая частота встречаемости самостигматизации у данной категории ЛЖВ, в большей степени представленная корреляцией между мужским полом и стигматизирующим фактором — приемом АРТ. Замечено, что с повыше-

нием степени депрессивных переживаний уменьшалась выраженность самостигматизации.

У женщин, в отличие от мужчин, чаще фиксировались тревожные и депрессивные нарушения и сочетание иммунодефицита и депрессивного состояния. Самостигматизация и эмоциональные переживания приводили к клеточному иммунодефициту и появлению ВН ВИЧ в плазме крови. Также в ходе проведения данного исследования нами установлена взаимосвязь между выраженностью эмоциональных переживаний у пациентов с ППИ ВИЧ, уровнем приверженности и стигматизации, а именно между повышением степени тревожных и депрессивных переживаний и снижением приверженности (шкала Мориски–Грин); при этом чем выше был уровень депрессии, тем ниже уровень стигматизации/самостигматизации ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, результаты исследования продемонстрировали связь между снижением приверженности к АРТ, эмоциональными переживаниями и стигматизацией у пациентов с ППИ ВИЧ. Психокоррекционная работа и психотерапевтическое лечение могут стабилизировать психическое состояние, уменьшить степень самостигматизирующего фактора болезни и соответственно улучшить приверженность к лечению. В связи с высокой частотой выявления признаков депрессивных расстройств стигматизации/самостигматизации у молодых людей с ППИ ВИЧ целесообразно в повседневной клинической практике врачей-инфекционистов и врачей-педиатров внедрять использование доступных эффективных диагностических подходов и инструментов (шкалы, анкеты) для своевременного выявления риска психических расстройств и их коррекции.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. ВИЧ-инфекция у взрослых. Клинические рекомендации. М., 2023. [HIV infection in adults. Clinical guidelines. Moscow, 2023].
2. Perinatally acquired HIV infection in adolescents from sub-Saharan Africa: a review of emerging challenges 2014-07.
3. ЮНЭЙДС: информационный бюллетень, 2022 [UNAIDS: Fact Sheet, 2022]
4. 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
5. 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. P. 421–427. doi: 10.1089/apc.2017.0131.
6. 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.
7. 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. [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, pp. 59–68 (In Russ.)). <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2023-15-2-59-68>.
8. Барыльник Ю.Б., Шульдяков А.А., Бачило Е.В., Мамедов С.С. Психические расстройства у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019. Т. 29, № 4. С. 104–109. [Barylnik Y.B., Shuldyakov A.A., Bachilo E.V., Mamedov S.S. Mental disorders in children and adolescents with HIV infection. *Social and Clinical Psychiatry*, 2019, Vol. 29, No. 4, pp. 104–109 (In Russ.)]. EDN SBCADO.
 9. Маркова Д.П., Сутурина Л.В. Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов со стороны медицинских работников: литературный обзор // *Acta biomedica scientifica*. 2018. Т. 3, № 3. С. 160–164. [Markova D.P., Sutura L.V. The problem of stigmatization of HIV-infected patients by medical workers: a literature review. *Acta biomedica scientifica*, 2018, Vol. 3, No. 3, pp. 160–164 (In Russ.)]. doi: 10.29413/ABS.2018-3.3.25.
 10. Desta F., Tasew A., Tekalegn Y. et al. Prevalence of depression and associated factors among people living with HIV/AIDS in public hospitals of Southeast Ethiopia // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 557. P. 557. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04205-6>.
 11. Rezaee H., Khalili H., Hatamkhani S., Dashti-Khavidaki S., Khazaeipour Z. Frequency of depression and its correlation with serum carnitine level in HIV/AIDS patients // *Curr. HIV Res*. 2013. Apr. Vol. 11, No. 3. P. 226–230. doi: 10.2174/1570162x11311030007. PMID: 23574341.
 12. Johnston A.K., Parkes D.E., Burgess P.M. Suicidal thoughts and behavior among Australian adults: results from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing // *Aust. Nzj Psychiatry*. 2009. Vol. 43, No. 7. P. 635–643.
 13. Kim M.H., Mazenga A.C., Yu X. et al. Factors associated with depression among adolescents living with HIV in Malawi // *BMC Psychiatry*. 2015. No. 15. 264 p.
 14. Walsh A., Wesley K., Tan S. et al. Screening for depression among young people living with HIV in integrated care // *AIDS Care*. 2017. Vol. 29, No. 7. P. 851–857.
 15. Kemigisha E., Zaroni B., Brys K. et al. Prevalence of depressive symptoms and related factors among adolescents living with HIV in South-West Uganda // *AIDS Care*. 2019. No. 8. P. 1–7.
 16. Brennan C., Worrall-Davies A., McMillan D. et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability // *Journal of Psychosomatic Researches*. 2010. Vol. 69, No. 4. P. 371–378. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.04.006.
 17. Григорьева И.А., Троицкая Л.А. Факторы, влияющие на стигматизацию пациентов с эпилепсией // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015. № S1. С. 10–14. [Grigorieva I.A., Troitskaya L.A. Factors affecting the stigmatization of patients with epilepsy. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2015, No. S1, pp. 10–14 (In Russ.)]. EDN TOPTBB.
 18. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med. Care*. 1986. Jan; Vol. 2, No. 1. P. 67–74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007. PMID: 3945130.
 19. Аликеева Г.К., Архипов Г.С., Ахмедов Д.Р. и др. Инфекционные болезни: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1056 с. (Национальные руководства). [Alikeeva G.K., Arkhipov G.S., Akhmedov D.R. et al. Infectious diseases: national guide. Moscow: Limited Liability Company Publishing Group “GEOTAR-Media”, 2009. 1056 с. (National Guidelines) (In Russ.)]. EDN QLSYQT.
 20. Мазус А.И., Каминский Г.Д., Зимина В.Н. и др. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых. М., 2013. 68 с. [Mazus A.I., Kaminsky G.D., Zimina V.N. et al. National clinical recommendations for the diagnosis and treatment of HIV infection in adults. Moscow, 2013. 68 с. EDN UNULHW (In Russ.)].
 21. Оценка численности скрытых потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге в 2021 году. Комитет по информатизации и связи. Санкт-Петербург, 2022. <https://drugmap.ru/wp-content/uploads/2022/10/2022-Itog-Otchet-Otsenka-chislennosti-skrtyh-potrebitelej-narkotikov-v-2021godu.pdf>. [Estimation of the number of hidden drug users in St. Petersburg in 2021. Committee for Informatization and Communication. St. Petersburg, 2022. <https://drugmap.ru/wp-content/uploads/2022/10/2022-Itog-Otchet-Otsenka-chislennosti-skrtyh-potrebitelej-narkotikov-v-2021godu.pdf>]
 22. Gamarel K.E., Brown L., Kahler C.W. et al. Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Intervention. Prevalence and correlates of substance use among youth living with HIV in clinical settings // *Drug Alcohol Depend*. 2016. Dec. 1. Vol. 169. P. 11–18. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.10.002. Epub. 2016. Oct 11. PMID: 27750182; PMCID: PMC5140709.
 23. Global status report on alcohol and health. 2014 ed. World Health Organization, 2014. 86 p.
 24. Серeda Э.Ж., Самарина А.В., Анализ клинико-эпидемиологических показателей пациентов с перинатальным путем инфицирования ВИЧ, прервавших наблюдение после перехода во взрослое отделение Центра СПИД // *Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции у детей». Материалы конференции*. СПб.: Человек и его здоровье, 2023. С. 119–120 с. [Sereda E.J., Samarina A.V., Analysis of clinical and epidemiological indicators of patients with perinatal HIV infection who interrupted follow-up after transfer to the adult department of the AIDS Center. *International Scientific and Practical Conference «Topical issues of HIV infection in children». Conference Proceedings*. St. Petersburg: “Man and his Health”, 2023, pp. 119–120 (In Russ.)].

25. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv/when-initiate-therapy-antiretroviral-naive-children>, дата обращения 29.09.2024 [Электронный текст].
26. Mellins C.A., Malee K.M. Understating the mental health of youth living with perinatal HIV infection: lessons learned and current challenges // *J. Int. AIDS Soc.* 2013. No. 18. P. e16:18593.
27. Kheswa G. Exploring HIV and AIDS Stigmatisation: Children's Perspectives // *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2014. Vol. 5, No. 15. P. 529. doi: 10.36941/mjss.

Поступила в редакцию/Received by the Editor: 11.10.2024 г.

Авторство: вклад в концепцию и план исследования — Э. Ж. Серeda, А. В. Самарина, Н. Б. Халезова, В. В. Рассохин. Вклад в сбор данных — Э. Ж. Серeda, А. В. Самарина, Н. Б. Халезова. Вклад в анализ данных и выводы — Н. Б. Халезова, Э. Ж. Серeda, А. В. Самарина, В. В. Рассохин. Вклад в подготовку рукописи — А. В. Самарина, Э. Ж. Серeda, Н. Б. Халезова, В. В. Рассохин.

Сведения об авторах:

Серeda Эмануэль Жозевич — врач-инфекционист Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; врач-терапевт 9-го дифференциально-диагностического отделения для взрослых федерального государственного бюджетного учреждения «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства России»; 190020, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179; e-mail: do-one@yandex.ru; SPIN-код: 3736-6077; ORCID 0009-0003-0726-0147;

Халезова Надежда Борисовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; врач психиатр-нарколог Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; 190020, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179; e-mail: khalezo@gmail.com; ORCID 0000-0003-3461-1128; SPIN-код 2727-7075;

Самарина Анна Валентиновна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры социально значимых инфекций и фтизиопульмонологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; заведующая отделением материнства и детства Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; 190020, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179; e-mail: avsamarina@mail.ru <https://doi.org/0000-0003-1438-2399>; SPIN-код: 2878-7130; ORCID 0000-0003-1438-2399;

Рассохин Вадим Владимирович — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры социально значимых инфекций и фтизиопульмонологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; ведущий научный сотрудник федерального бюджетного учреждения науки «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14; e-mail: ras-doc@mail.ru; ORCID 0000-0002-1159-0101; SPIN 419-014.