

УДК 616.9 +613.86

## ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ НАРУШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СОПРОВОЖДЕНИИ МУЛЬТИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМАНДЫ

*Л.Ю.Кытманова, А.А.Дегтярев*

Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Государственного муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница имени Г.И.Дробышева», Магнитогорск, Россия

## ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL AND BIOMEDICAL RISK OF INFRINGEMENT OF ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN PATIENTS UNDERGOING ON THE MAINTENANCE OF MULTI-PROFESSIONAL TEAM

*L.Yu.Kytmanova, A.A.Degtyarev*

Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases State municipal health agencies «City hospital named after GI Drobysheva», Magnitogorsk, Russia

© Л.Ю.Кытманова, А.А.Дегтярев, 2015 г.

Цель: поиск организационных технологий управления рисками, которые обуславливают низкую приверженность больных АРВТ, включая психологические и медико-биологические риски при потреблении психоактивных веществ. Материалы и методы. 239 ВИЧ-инфицированных пациентов были распределены по группам в зависимости от ведущих психологических и медико-биологических рисков нарушения приверженности к приему антиретровирусных (АРВ) препаратов. Приверженность оценивали по отпущенным дозам препаратов за каждые 12 месяцев и частоте оптимального уровня в %. Показатель тревожности оценивался по результатам выполнения Интегративного теста тревожности (ИТТ), наличие признаков депрессии определялось по методике Л.Радлоффа. К медико-биологическим рискам было отнесено наличие признаков психопатологической симптоматики наркологического заболевания у потребителей психоактивных веществ. Сравнение показателей в группах с применением критерия  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса, точного критерия Фишера, при  $p < 0,05$ . Анализ связи изучаемых признаков методом ранговой корреляции Спирмена. Результаты. Психологические и медико-биологические риски выявлялись до начала АРВТ у 64,9% и 44,4% пациентов в исследуемой группе. Страхи приема АРВ-препаратов и медико-биологические риски преобладали у мужчин ( $p=0,013$ ;  $p=0,052$ ), проявления аутостигматизации — у женщин ( $p=0,011$ ) и сопровождалась снижением показателей оптимальной приверженности в сравнении с группой пациентов, с невыявленными рисками на 12–24-й месяц АРВТ ( $p=0,012$ ;  $p=0,034$ ). Среди потребителей ПАВ в группе психологические риски устанавливались достоверно чаще 94,2%, в сравнении с пациентами, не имеющими зависимости 82,6% ( $p=0,022$ ) и обусловлено высокой частотой проявления страхов, связанных с приемом АРВТ ( $p=0,003$ ). Группа пациентов с отсутствием поддержки близкого окружения с 12–36 мес. АРВТ проявляла тенденцию к снижению приверженности. В группах с медико-биологическими рисками и отсутствием поддержки близкого окружения к 60-му месяцу наблюдения частота самовольных прерываний была самой высокой (35,8% и 31,3%). Заключение. Снижение приверженности чаще демонстрировала группа пациентов с медико-биологическими рисками при потреблении ПАВ (12–48 мес.). Негативное влияние на приверженность оказывали психологические риски, связанные со страхами приема АРВТ преимущественно у мужчин (12 мес.) и с аутостигматизацией у женщин (12, 24, 48 мес.). Период с 12-и до 36-и месяцев приема АРВТ характеризуется неустойчивостью приверженности, и требует активного привлечения пациента к работе по поддержанию приверженности в союзе со специалистами МПК.

**Ключевые слова:** антиретровирусная терапия, психологические и медико-биологические риски нарушения приверженности, мультипрофессиональная команда.

Objective: To search for organizational risk management technologies, which cause poor adherence of patients with ARV therapy, including psychological and medico-biological risks in the consumption of psychoactive substances. Materials and methods. 239 HIV — positive patients were divided into groups depending on the leading psychological and medico-biological risks nonadher-

ence to receive antiretroviral (ARV) drugs. Adherence was assessed by the doses of drugs have been released for every 12 months and the frequency of the optimal level as a percentage. The index of anxiety was assessed by the results of the Integrative test anxiety, the presence of symptoms of depression was determined by the method of L. Rudloff. For medico-biological risks were considered signs of psychopathology substance abuse consumers surfactant. Comparison of groups using the criterion  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  with Yates' correction, Fisher's exact test,  $p < 0,05$ . Analysis of relationships studied traits by Spearman rank correlation. Results. Psychological and medico-biological risks are identified before the start of ART in 64,9% and 44,4% of patients in the study group. Fears of ARVs and medico-biological risks prevalent in men ( $p=0,013$ ;  $p=0,052$ ), self-stigma manifestations — in women ( $p=0,011$ ) and were accompanied by a decrease in optimal adherence compared with a group of patients with no identified risk to 12–24<sup>th</sup> month. ART ( $p=0,012$ ;  $p=0,034$ ). Among consumers surfactant in a cohort psychological risks are significantly more 94,2%, compared with patients without dependence 82,6% ( $p=0,022$ ), and due to the high frequency of manifestations of fears associated with taking HAART ( $p = 0,003$ ). The group of patients with the lack of support from the inner circle of 12–36 months. ART showed a tendency to decrease commitment. In groups with medico-biological risks and lack of support for the inner circle of the 60<sup>th</sup> month of the observation frequency of unauthorized interruption was the highest (35,8% and 31,3%). Conclusion. Reduced commitment often showed the group of patients with medico-biological risks before consumers surfactant (12–48 months). Treatment with psychological risks associated with fears receiving ART predominantly male (12 months) and self-stigma mostly women (12, 24, 48 months). Between 12 and 36 months, and receive ARV therapy is uncertain commitment to patients and requires the active support of the multi-professional teams. to maintain it.

**Key words:** antiretroviral therapy, psychological and biomedical risks nonadherence, multi-professional teams.

**Введение.** Обнаружение ВИЧ-инфекции является тяжелой стрессовой ситуацией в жизни пациента, которая приводит к нарушениям социально-психологической адаптации и требует профессиональной помощи и поддержки [1–3]. Сложные жизненные ситуации в свою очередь, оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье и самочувствие больных с ВИЧ-инфекцией, увеличивая степень прогрессирования заболевания [4, 5]. Для сохранения качества и увеличения продолжительности жизни, больному не только требуется своевременно назначить антиретровирусную терапию (АРВТ), но и обеспечить ее эффективность, которая возможна только при наличии субоптимальной приверженности ( $\geq 95\%$ ) больного к приему препаратов [6, 7]. Необходимость регулярного приема сложной схемы АРВТ часто воспринимается пациентом как стресс и сопровождается повышенной тревожностью, что может негативным образом отразиться на приверженности [8, 9]. Среди рисков нарушения приверженности АРВТ большинство приходится на психосоциальные и поведенческие факторы, профилактика и работа с которыми является условием успешной продолжительной терапии ВИЧ-инфекции [10, 11]. Сопровождение пациентов на этапах формирования и поддержания приверженности терапии мультипрофессиональной командой, позволяет выявлять риски нарушения приверженности в комплексе, своевременно осуществлять их коррекцию, тем самым способствовать продолжительному эффективному лечению [12, 13].

**Цель исследования:** поиск организационных технологий управления рисками, которые обуславливают низкую приверженность больных АРВТ, включая психологические и медико-биологические риски при потреблении ПАВ.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе Магнитогорского Центра СПИД с декабря 2006 года по август 2012 года. Время выделения группы 239 больных с ВИЧ-инфекцией — с декабря 2006 по август 2008 год. В исследование включались пациенты старше 18 лет, способные самостоятельно получать терапию в условиях амбулатории центра СПИД, подписавшие добровольное согласие на лечение, и сопровождение мультипрофессиональной командой (МПК). Оценивались следующие индикаторы приверженности: процентное соотношение больных, с уровнем приверженности к терапии  $\geq 95\%$ , средний уровень приверженности, частота самовольных прерываний АРВТ, в зависимости от психологических и медико-биологических рисков вероятного нарушения приверженности АРВТ. Мониторинг приверженности проводился по отпуску лекарственных средств из аптеки, с пересчетом количества выданных доз АРВ-препаратов от рассчитанной средней дозы в соответствии со схемой АРВТ, за каждые 12 месяцев наблюдения. Данный метод сочетался с мониторингом вирусной нагрузки, мониторингом зафиксированных пропусков приема препаратов в амбулаторных и социальных картах (в днях). Мониторинг эффективности терапии на каж-

дом этапе включал: определение уровня РНК ВИЧ-1 в плазме методом полимеразной цепной реакции при помощи наборов Amplisens HIV Monitor — FRT на аппарате Rotor Gene 6000. Для дифференциальной диагностики тревожных состояний применялся Интегративный тест тревожности (ИТТ), разработанный в НИИ им. В.М.Бехтерева. Для оценки признаков депрессии использована Методика Л.Радлоффа дифференциальной диагностики депрессивных состояний. Риски оценивались по частоте встречаемости в группе в целом и по полу, с последующим ранжированием с помощью разработанных карт психологических, медико-биологических рисков нарушения приверженности и выделением ведущего риска у каждого пациента на период начала терапии. Ведущие психологические риски распределялись по группам с учетом частоты обнаружения у пациентов для дальнейшего статистического анализа. К медико-биологическим рискам были отнесены признаки психопатологической симптоматики наркологического заболевания у потребителей ПАВ (тревно-депрессивные и астено-депрессивные состояния), выявляемые путем профессионального консультирования врачом психиатром-наркологом МПК [14, 15]. Работа специалистов МПК по формированию приверженности пациентов АРВТ основана на пациент-ориентированном подходе, оценке внутренних и внешних ресурсов пациента и его семьи, с использованием мотивационных технологий изменения поведения, технологии управления случаем — «кейс-менеджменте», обучении пациентов самопомощи и самоконтролю с поддержкой специалистами в динамическом режиме.

Статистические методы: расчет средних показателей и их квадратических отклонений. При сравнении двух групп для зависимых и независимых выборок применялись критерии  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, достоверность различий устанавливалась при  $p < 0,05$ . Анализ связи изучаемых признаков проводился методом ранговой корреляции Спирмена. Все расчеты осуществлялись с применением программ STATISTICA 8.0 и Microsoft Excel-2007.

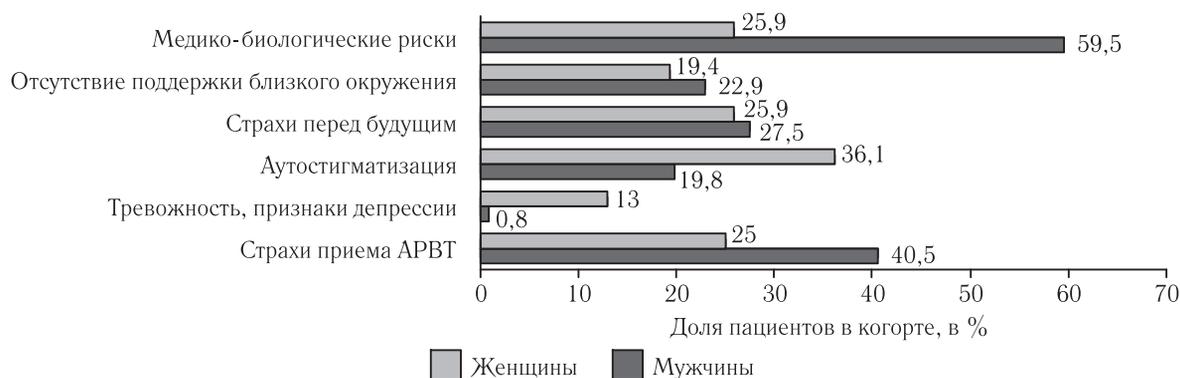
**Результаты исследования.** Число пациентов в группе составило 239, в том числе 131 мужчин (54,8%), 108 женщин (45,2%). Средний возраст пациентов составил  $29,9 \pm 7,1$  лет, преобладали лица моложе 30 лет (63,5%). Через инъекционное потребление наркотиков инфицировались — 68,2%, половой путь заражения в группе составил — 31,8%. Средняя продолжительность

от обнаружения положительного иммунного блота до выдачи АРВТ в месяцах составила  $55,1 \pm 33,4$ . Средний уровень CD4-лимфоцитов в крови  $233,5 \pm 139,5$  кл/мкл, содержание CD4-лимфоцитов  $< 200$  кл/мкл выявлено у — 45,2%, средний уровень РНК ВИЧ составил  $4,86 \pm 1,3$  lg, ВН  $> 100\,000$  коп/мл встречалась у 50,2%. Пациентам были установлены следующие стадии ВИЧ-инфекции: 3—98 (41%); 4А — 71 (29,7%), 4Б — 60 (25,1%), 4В — 10 (4,2%). Туберкулез регистрировался у 32 (13,4%), другие вторичные заболевания у 101 (42,2%), гепатит С у 168 (70,1%), другие сопутствующие заболевания у 52 (21,7%).

В изучаемой группе психологические риски обнаруживались у 155/64,9% пациентов и были объединены в следующие группы (частота встречаемости абс. пок./%): страхи, связанные с приемом АРВТ (80/33,5%); тревожность, признаки депрессии (15/6,3%). Под влиянием социальных стереотипов носитель болезни нередко понижает самооценку, необоснованно приписывает себе многие нежелательные качества, что всегда является серьезным препятствием к лечению болезни и отражает феномен аутостигматизации [16], признаки которого были обнаружены у 65 пациентов группы (27,2%). Страх перед будущим выявлялся у 64 пациентов (26,8%); отсутствие поддержки близкого окружения (51/21,3%). Медико-биологические риски или состояния, связанные с активной зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) были определены у 106 пациентов (44,4%) в группе (рис. 1).

Как показано на рисунке 1, страхи, связанные с предстоящим приемом АРВ-препаратов у мужчин выявлялись чаще, чем у женщин ( $p = 0,01$ ). Тревожность, признаки депрессии и проявления аутостигматизации были более присущи женщинам ( $p = 0,01$ ;  $p = 0,005$ ). Пациенты обоего пола в равной степени испытывали страх перед будущим, который имел в своей основе страх смерти, страх связанный с представлениями об ограниченной возможности родить и вырастить потомство. Как мужчин, так и женщин одинаково волновало отсутствие поддержки близкого окружения.

В группу пациентов с медико-биологическими рисками вошли потребители ПАВ, с выраженными проявлениями психопатологической симптоматики зависимости, где преобладали мужчины над женщинами ( $p = 0,05$ ). Среди потребителей ПАВ в группе (64 чел.) психологические риски устанавливались



**Рис. 1.** Частота выявления психологических и медико-биологических рисков нарушения приверженности до начала АРВТ, в зависимости от пола.

достоверно чаще — 59 (94,2%), в сравнении с пациентами, не имеющими зависимости 69 (82,6%) ( $p=0,02$ ). Данная разница была обусловлена высокой частотой проявления у потребителей ПАВ страхов, связанных с приемом АРВТ 23 (35,6%), против пациентов без зависимости от ПАВ 10 (14,5%) ( $p=0,003$ ).

Среди 69 пациентов, не имеющих зависимости от ПАВ ведущие психологические риски были определены у 57 пациентов (82,6%), в том числе у женщин чаще 45 (78,9%), чем у мужчин 12 (21,1%) ( $p=0,0001$ ).

Среди женщин, не потребляющих ПАВ, группа рисков с проявлениями тревожности и депрессии, преобладала в структуре всех рисков — 28,9%. Преобладание признаков тревожности и депрессии у ВИЧ-инфицированных женщин (13%) в сравнении с мужчинами (0,8%) ( $p=0,01$ ) подтверждается данными других исследований [17].

Как правило, пациенты имели сочетание нескольких психологических рисков, специалисты выделяли доминирующий риск, проявления которого могло привести к нарушению приверженности АРВТ и требовало первоочередного профессионального вмешательства.

Результаты приверженности лечению в зависимости от ведущих психологических рисков, выявленных до начала АРВТ, представлены в таблице (см таблицу), из этих данных, видно, что наименьший уровень приверженности АРВТ на 12-й месяц лечения демонстрируют пациенты, имеющие страхи, связанные с приемом препаратов, в том числе с достоверной разницей в сравнении с пациентами, не имеющими психологических рисков ( $p=0,003$ ). В дальнейшем специалистам удалось снизить риски, связанные со страхами приема АРВТ и улучшить показатели приверженности в группе.

Низкие показатели приверженности были характерны также для пациентов с медико-биологически-

ми рисками сравнительно с пациентами без психологических рисков на 12–24-й месяцы АРВТ ( $p=0,01$ ;  $0,03$ ) и сравнительно с пациентами, с отсутствием поддержки близкого окружения на 48-й месяц ( $p=0,01$ ). Группа с медико-биологическими рисками является наиболее сложной для коррекционной работы, поскольку включает потребителей ПАВ с выраженными психопатологическими проявлениями активной зависимости, требует наркологического лечения и сопровождения наркологом.

Более низкие показатели приверженности до 48-го месяца лечения включительно имела группа пациентов с признаками аутостигматизации, в том числе с достоверной разницей сравнительно с пациентами без психологических рисков на 12-й месяц АРВТ ( $p=0,01$ ) и сравнительно с группой, с отсутствием поддержки близкого окружения на 48-й месяц ( $p=0,03$ ). Пациентов данной группы отличали нарушения регулярности приема АРВ-препаратов, связанные с проблемами раскрытия ВИЧ-статуса близким и боязнью разглашения диагноза «кто-то может увидеть в СПИД-центре», «боюсь встретить здесь знакомых», «если узнает мама, я что-нибудь с собой сделаю», «не знаю, как сказать мужу», «что я скажу детям». При этом психологическая помощь была направлена на работу с чувством вины, самоуничижения, а также подготовку пациента к раскрытию ВИЧ-статуса близкому окружению.

В группе со страхом перед будущим отмечалось снижение доли пациентов с оптимальной приверженностью на 24-й и 48-й месяцы лечения. Несмотря на тенденцию к снижению показателей с 12-й по 36-й месяцы лечения проявленную пациентами с отсутствием поддержки близкого окружения, работа специалистов с данной проблемой позволила добиться высокой приверженности у этих пациентов на 48-й и 60-й месяцы АРВТ.

Среди пациентов с признаками тревожности и депрессии, в 93,3% представленных женщинами, на протяжении всего периода наблюдения удавалось поддерживать относительно высокий уровень соотношения оптимальной приверженности (более 60%) по сравнению с остальными группами, как благодаря немногочисленности данной группы, так и целенаправленной коррекционной работе специалистов.

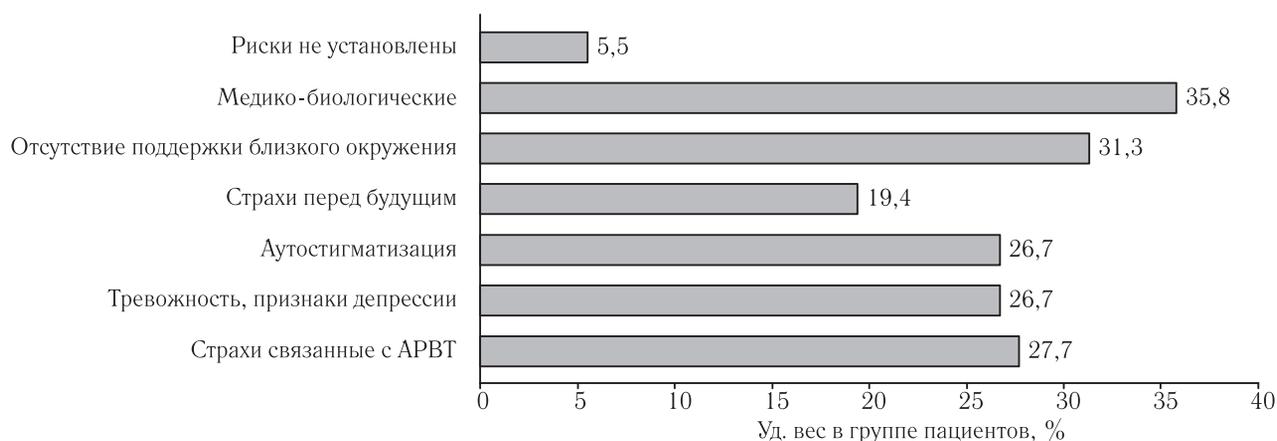
В целом группу пациентов с неустановленными психологическими рисками приверженности с 12-го по 36-й месяцы наблюдения отличали более высокие показатели оптимальной приверженности по сравнению с группами пациентов, у которых был определен один из ведущих рисков. К 60-му месяцу наблюдения показатели приверженности в группах практически сравнялись, что можно связать, как с коррекционной работой с рисками специалистов МПК, так и с выбытием из-под наблюдения не приверженных к лечению пациентов. На рис. 2 представлены данные частоты самовольных прерываний АРВТ, в зависимости от установленных ведущих психологических и медико-биологических рисков нарушения приверженности.

разницей в сравнении с группой пациентов с неустановленными психологическими рисками ( $p=0,04$ ) и подчеркивает высокую значимость данного риска для сохранения приверженности наблюдению и лечению при ВИЧ-инфекции.

Частота самовольных прерываний в группах пациентов с такими рисками как аутостигматизация, признаки тревожности и депрессии, страхи, связанные с приемом АРВТ выступает на третью позицию и не имеет статистически подтвержденных отличий с остальными группами.

Страх перед будущим, основанный на низкой осведомленности, удавалось снизить при помощи информационного компонента и установления доверительных отношений, поэтому данный риск в наименьшей степени приводил к сходу с терапии.

Следует также отметить, что более половины от числа всех самовольных прерываний произошло в течение 12–36 месяцев наблюдения при медико-биологических рисках — 77,8%; при отсутствии поддержки близких — 80%; при страхах, связанных с АРВТ — 53,8%; при тревожности и признаках депрессии — 75%; при аутостигматизации —



**Рис. 2.** Частота самовольных прерываний на 60-й месяц, в зависимости от психологических и медико-биологических рисков нарушения приверженности АРВТ.

Наибольшая частота самовольных прерываний АРВТ была характерна для пациентов, с медико-биологическими рисками, которая достоверно отличалась от частоты в группе с неустановленными рисками ( $p=0,006$ ), что вероятнее всего обусловлено проявлениями активной зависимости потребителей ПАВ, представляющих данную группу.

Риск отсутствия поддержки близкого окружения, когда не использовался такой важный ресурс для сохранения приверженности АРВТ, как семья, занимает вторую позицию по частоте самовольного прекращения приема препаратов, с достоверной

75%; при страхе перед будущим — 83,3%. В группе пациентов с неустановленными психологическими рисками произошел всего один случай самовольного прерывания терапии из 18 человек на 36-м месяце наблюдения.

Полученные данные позволяют предположить, что процесс формирования у пациента отношения к терапии, адаптации к приему препаратов и приверженности к лечению является долгосрочным и в период с 12-и до 36-и месяцев лечения характеризуется особой уязвимостью и требует динамического сопровождения специалистами МПК.

Таблица

Результаты приверженности в зависимости от ведущих психологических рисков и медико-биологических рисков, выявленных до начала АРВТ

Признаки/период наблюдения	Страхи, связанные с АРВТ	Тревожность, признаки депрессии	Аутистизация	Страхи перед будущим	Отсутствие поддержки близкого окружения	Медико-биологические риски	Риски не выявлены
12 месяцев	n=45	n=14	n=27	n=29	n=29	n=88	n=18
Приверженность $\geq 95\%$	<b>22/48,9</b>	11/78,6	<b>12/44,4</b>	19/65,5	19/65,5	<b>45/51,1*</b>	<b>15/83,3</b>
Приверженность mean $\pm$ SD	86,2 $\pm$ 22,1	90,9 $\pm$ 18,5	87,5 $\pm$ 18,1	90,1 $\pm$ 19,3	90,5 $\pm$ 16,4	86,2 $\pm$ 19,4	95,2 $\pm$ 12,1
24 месяца	n=38	n=12	n=25	n=27	n=26	n=74	n=17
Приверженность $\geq 95\%$	<b>23/60,5</b>	9/75,0	<b>13/52,0</b>	<b>11/40,7</b>	16/61,5	<b>30/40,5</b>	<b>12/70,6</b>
Приверженность mean $\pm$ SD	90,3 $\pm$ 13,7	90,1 $\pm$ 23,3	88,5 $\pm$ 18,7	90,4 $\pm$ 12,7	92,5 $\pm$ 10,2	89,7 $\pm$ 12,2	94,9 $\pm$ 8,7
36 месяцев	n=34	n=11	n=22	n=22	n=23	n=67	n=17
Приверженность $\geq 95\%$	<b>22/64,7</b>	7/63,6	12/52,2	13/59,1	13/56,5	35/52,2	12/70,6
Приверженность mean $\pm$ SD	92,1 $\pm$ 12,0	89,8 $\pm$ 17,0	91,8 $\pm$ 11,2	87,7 $\pm$ 20,2	91,6 $\pm$ 10,3	91,3 $\pm$ 12,0	93,3 $\pm$ 13,2
48 месяцев	n=29	n=9	n=19	n=21	n=19	n=54	n=16
Приверженность $\geq 95\%$	<b>19/65,5</b>	8/88,9	<b>11/57,9</b>	<b>12/57,1</b>	<b>17/89,5</b>	<b>31/57,4</b>	<b>13/81,3</b>
Приверженность mean $\pm$ SD	90,6 $\pm$ 14,8	96,8 $\pm$ 5,4	91,5 $\pm$ 12,6	93,3 $\pm$ 12,6	96,1 $\pm$ 7,7	91,8 $\pm$ 12,0	92,8 $\pm$ 11,1
60 месяцев	n=27	n=9	n=19	n=20	n=18	n=48	n=13
Приверженность $\geq 95\%$	<b>20/74,1</b>	7/77,8	14/73,7	12/60,0	14/77,8	33/68,7	12/92,3
Приверженность mean $\pm$ SD	94,7 $\pm$ 8,1	93,5 $\pm$ 11,5	93,5 $\pm$ 10,4	93,8 $\pm$ 11,3	97,1 $\pm$ 3,3	92,7 $\pm$ 10,5	94,6 $\pm$ 9,7

Таким образом, пациенты с медико-биологическими рисками при потреблении ПАВ и такими психологическими проявлениями как аутистизация и отсутствие поддержки близкого окружения более других подвержены нарушению приверженности АРВТ, что подтверждается результатами ее показателей и частотой самовольных прерываний лечения.

Следует отметить, что независимо от проявленных рисков, средняя приверженность не имела достоверных отличий и преимущественно соответствовала среднему уровню. Высокого уровня приверженности удалось достичь в группах пациентов с признаками тревожности и депрессии на 48-м месяце АРВТ, с изначальным отсутствием поддержки близкого окружения на 48-й, 60-й месяцы лечения и с отсутствием рисков на 12-й, 24-й и 60-й месяцы лечения (таблица).

Необходимо отметить, что на приверженность пациента к терапии оказывает влияние совокупность рисков. Подтверждением этому является прямая средняя ассоциативная связь между психологическими и медицинскими рисками (вторичные и сопутствующие заболевания, утяжеляющие состояние пациента на начало терапии, CD4 меньше 200 кл/мкл и побочные реакции, ведущие к смене схемы в процессе лечения) на 24-й и 36-й месяцы приема АРВТ:  $r=0,45$ ;  $r=0,38$ . Известно также, что ухудшение самочувствия на фоне приема терапии может иметь психосоматическую природу [18]. Кроме того, у пациента с выраженными клиническими проявлениями, низким иммунным статусом на фоне приема АРВТ может наступить ухудшение самочувствия вследствие развития синдрома восстановления иммунитета, что способно привести к депрессии и отказу от терапии [19]. Например, побочные реакции на прием эфавиренза, связанные с влиянием на центральную нервную систему, чувство подавленности с признаками депрессии, могут приводить к появлению страха приема препарата.

Работа с психологическими и медико-биологическими рисками при потреблении ПАВ является важной составляющей сопровождения пациентов мультипрофессиональной командой, что способствует устойчивым результатам приверженности и эффективности АРВТ больных с ВИЧ-инфекцией.

**Заключение.** Психологические и медико-биологические риски выявлялись до начала

АРВТ у 64,9% и 44,4% пациентов. Риски, связанные со страхом приема АРВ-препаратов, у мужчин выявлялись чаще чем у женщин ( $p=0,01$ ) и сопровождалась низкими показателями приверженности в течение первого года лечения.

В группе пациентов с проявлениями аутостигматизации преобладали женщины ( $p=0,01$ ), демонстрировавшие более низкую частоту оптимального уровня приверженности в сравнении с другими группами на протяжении 12–48 месяцев лечения.

Различия по частоте оптимальной приверженности между группами пациентов со страхом приема АРВТ 48,9% и аутостигматизацией 44,4%, а также с медико-биологическими рисками 51,1% по сравнению с пациентами, у которых не было установлено наличия актуальных психологических рисков нарушения приверженности на период начала терапии 83,3% были достоверны ( $p=0,003$ ;  $p=0,01$ ;  $p=0,01$ ).

У 64 потребителей ПАВ, находящихся в состоянии ремиссии, психологические риски устанавливались достоверно чаще (94,2%), в сравнении с пациентами, не имеющими зависимости 69 (82,6%) ( $p=0,02$ ), что обусловлено высокой частотой проявления страхов, связанных с приемом АРВТ ( $p=0,003$ ).

Группа пациентов с отсутствием поддержки близкого окружения с 12–36 мес. АРВТ проявляла тен-

денцию к снижению приверженности, работа специалистов с окружением позволила добиться высокого уровня приверженности АРВТ на 48–60-месяцах лечения.

На 60-й месяц наблюдения частота самовольного прекращения приема препаратов была самой высокой в группах пациентов с медико-биологическими рисками и с отсутствием поддержки близкого окружения 35,8% и 31,3%.

Прямая средняя корреляционная связь между психологическими и медицинскими рисками на период приема АРВТ:  $r=0,45$  на 24-й мес.;  $r=0,38$  на 36-й мес. наблюдения при  $p<0,05$  говорит о влиянии физического самочувствия пациента на его психологическое состояние.

Результаты проведенного исследования показали, что проявления медико-биологических рисков при потреблении ПАВ и психологических рисков, не связанных с потреблением ПАВ способны снизить приверженность ВИЧ-инфицированных к АРВТ, особенно в первые три года лечения.

В основе формирования приверженности АРВТ лежит стратегия диагностики и минимизации рисков нарушения приверженности, которую могут эффективно реализовать подготовленные специалисты соответствующего профиля в составе мультипрофессиональной команды центра СПИД.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Леонтьева Е.П. Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2, № 1. — С. 65–69.  
*Tkachenko T.N., Fishman B.B., Fomenko L.A., Leont'eva E.P.* Charakteristika psihicheskogo statusa i povedencheskih reakcij u VICH-inficirovannyh pacientov // VICH-infekcija i immunosupressii. — 2010. — Vol. 2, No. 1. — P. 65–69.
2. Махаматова, А.Ф., Ерицын К.Ю., Русакова М.М. Социально-психологические аспекты совладания с болезнью у людей, живущих с ВИЧ [Электронный ресурс] // Теория и практика общественного развития. — 2013. — № 1. — Режим доступа : [http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/2013/1/psix%D0%BEI%D0%BEgiy%D0%B0/rusakova-whetten-eritsyan-whetten-makhamatova.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2013/1/psix%D0%BEI%D0%BEgiy%D0%B0/rusakova-whetten-eritsyan-whetten-makhamatova.pdf) (дата обращения: 13.05.2015 г.).  
*Mahamatova, A.F., Ericyan K.Yu., Rusakova M.M.* Social'no-psihologicheskie aspekty sovladaniya s boleznyu u lyudej, zhivushchih s VICH [Elektronnyj resurs] // Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya. — 2013. — No. 1. — Rezhim dostupa : [http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/2013/1/psix%D0%BEI%D0%BEgiy%D0%B0/rusakova-whetten-eritsyan-whetten-makhamatova.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2013/1/psix%D0%BEI%D0%BEgiy%D0%B0/rusakova-whetten-eritsyan-whetten-makhamatova.pdf) (data obrashcheniya: 13.05.2015 g.).
3. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом: Учебно-методическое пособие. — Казань, 2003. — 98 с.  
*Nabiullina R.R., Tuhtarova I.V.* Mekhanizmy psihologicheskoy zashchity i sovlodaniya so stressom: Uchebno-metodicheskoe posobie. — Kazan', 2003. — 98 pp.
4. Зинченко А.И. Роль психологических факторов в развитии ВИЧ-инфекции: Материалы ежегодного научно-практического симпозиума 2 апреля 2009 г. «Саногенетические механизмы при психогенных и эндогенных расстройствах» / Под ред. В.И.Курпатов. — СПб.: СПбМАПО, 2009. — С. 18–19.  
*Zinchenko A.I.* Rol' psihologicheskikh faktorov v razvitiy VICH-infekcii: Materialy ezhegodnogo nauchno-prakticheskogo simpoziuma 2 aprelya 2009 g. «Sanogeneticheskie mekhanizmy pri psihogennyh i ehndogennyh rasstrojstvah» / Pod red. V.I.Kurpatova. — SPb.: SPbMAPO, 2009. — P. 18–19.

5. Полянский, Д.А., Калинин В.В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20, № 4. — С. 135–140.  
*Polyanskiy, D.A., Kalinin V.V. Problema psichicheskikh rasstrojstv u VICH-inficirovannyh bol'nyh // Social'naya i klinicheskaya psichiatriya. — 2010. — Vol. 20, No. 4. — P. 135–140.*
6. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E.N., SQUIER C., Wagener M.M., Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection // Arch. Intern. Med. — 2000. — Vol. 133. — P. 21–30.
7. Smit R.J. Adherence to antiretroviral therapy for HIV: how many doses can you miss before resistance occurs? // Proc. Biol. Sci. — 2006. — Vol. 273. — P. 617–624.
8. Corless, I.B., Voss J., Guarino A.J., Wantland D., Holzemer W., Hamilton M. J. The Impact of stressful life events, Symptom status and adherence Concerns on quality of life of people living with HIV // J. Assoc. Nurses. AIDS Care. — 2013. — Vol. 24, № 6. — P. 478–490.
9. Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression // Psychosomatic Medicine. — 2008. — Vol. 70 (5). — P. 539–545.
10. Беляева В.В., Коннов В.В., Козырина Н.В. Базовые определения процесса формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции: результаты опросов специалистов и пациентов // Инфекционные болезни. — 2014. — Т. 12, № 2. — С. 83–90.  
*Belyaeva V.V., Konnov V.V., Kozyrina N.V. Bazovye opredeleniya processa formirovaniya priverzhennosti lecheniyu VICH-infekcii: rezul'taty oprosov specialistov i pacientov // Infekcionnye bolezni. — 2014. — Vol. 12, No. 2. — P. 83–90.*
11. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников О.В. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 7–33.  
*Belyakov N.A., Levina O.S., Rybnikov O.V. Formirovanie priverzhennosti k lecheniyu u bol'nyh s VICH-infekciej // VICH-infekciya i immuno-supressii. — 2013. — Vol. 5, No. 1. — P. 7–33.*
12. Улюкин И.М., Чикова Р.С. Уровень качества жизни больных ВИЧ-инфекцией и его зависимость от психологических показателей // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. — 2006, Вып. 3. — С. 30–38.  
*Ulyukin I.M., Chikova R.S. Uroven' kachestva zhizni bol'nyh VICH-infekciej i ego zavisimost' ot psihologicheskikh pokazatelej // Vestn. S.-Peterb. un-ta. Ser. 11. — 2006, Vyp. 3. — P. 30–38.*
13. Островский Д.В., Хан Г.Н., Чайка Н.А. Руководство для мультипрофессиональных команд по формированию приверженности к ВААРТ. — СПб.: «Феникс», 2009. — 103 с.  
*Ostrovskij D.V., Han G.N., CHajka N.A. Rukovodstvo dlya mul'tiprofessional'nyh komand po formirovaniyu priverzhennosti k VAART. — SPb.: «Feniks», 2009. — 103 pp.*
14. Arnsten J.A., Demas P.A., Grant R.W., Gouvevitch M.N., Farzadegan, H., Howard A.A. Impact of active drug use on antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users // Journal of General Internal Medicine. — 2002. — Vol. 17. — P. 377–381.
15. Chander G., Himelhoch S., Moore R.D. Substance Abuse and Mental disorders in HIV-infected patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy // Drugs. 2006. — Vol. 66. — P. 769–789.
16. Голенков А.В., Гордеева М.С., Щербakov А.А. Самостигматизация ВИЧ-инфицированных: материалы науч.-практ. конф «20 лет борьбы с ВИЧ/СПИДом в России и Чувашии». — Чебоксары, 2009. — С. 63–64.  
*Golenkov A.V., Gordeeva M.S., SHCHerbakov A.A. Samostigmatizaciya VICH-inficirovannyh: materialy nauch.-prakt. konf «20 let bor'by s VICH/SPIDom v Rossii i Chuvashii». — Cheboksary, 2009. — P. 63–64.*
17. Gonzalez J.S., Batchelder A.W., Psaros C., Safren S.A. Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. — 2011. — Vol. 58. — P. 181–187.
18. Новохацки А.В. Особенности переживания применения антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. — 2009. — № 42 (175). — С. 62–67.  
*Novohacki A.V. Osobennosti perezhivaniya primeneniya antiretrovirusnoj terapii u VICH-inficirovannyh // Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya. — 2009. — No. 42 (175). — P. 62–67.*
19. Матиевская Н.В. Воспалительный синдром восстановления иммунитета у ВИЧ-инфицированных пациентов: факторы риска, клинические проявления, исходы, профилактика // Журнал Вестник Балтийского федерального университета им. И.Канта. — 2012. — № 7. — С. 44–51.  
*Matievskaya N.V. Vospalitel'nyj sindrom vosstanovleniya immuniteta u VICH-inficirovannyh pacientov: faktory riska, klinicheskie proyavleniya, iskhody, profilaktika // Zhurnal Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I.Kanta. — 2012. — No. 7. — P. 44–51.*

Статья поступила 17.02.2015 г.

Контактная информация: Кыманова Лилия Юрьевна, e-mail: [aidsmag@yandex.ru](mailto:aidsmag@yandex.ru)

#### Коллектив авторов:

Кыманова Лилия Юрьевна — руководитель Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями города Магнитогорска, Магнитогорск, ул. Чкалова, 44, корпус 9;

Десярев Александр Анатольевич — начальник отдела социально-психологической реабилитации и профилактики Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями города Магнитогорска, Магнитогорск, ул. Чкалова, 44, корпус 9.