

А.И. Василенко, И.Е. Статкевич

# **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

**ПОСОБИЕ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТОВ**

Данное пособие представляет собой описание алгоритма работы по формированию и поддержке приверженности АРВТ. Пособие предназначено для специалистов амбулаторно-клинической и диспансерной службы, равных консультантов, социальных работников, психологов. В пособии представлено содержание работы многопрофильной команды при ведении пациентов с ВИЧ. В основе пособия лежат стандарты медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, в Беларуси, а также опыт оказания поддержки людям, живущим с ВИЧ, в рамках деятельности, координируемой БОО «Позитивное движение».

# СОДЕРЖАНИЕ

**Введение** ..... 4

**Часть 1. Консультирование клиента/  
пациента и ведение случая** ..... 6

- 1.1. Стратегии консультирования по вопросам жизни с ВИЧ ..... 6
- 1.2. Постановка целей работы над случаем ..... 10

**Часть 2. Тактики управления приверженностью** ..... 12

- 2.1. Определение приверженности ..... 12
- 2.2. Междисциплинарный подход ..... 13
- 2.3. Структурированная программа по формированию и поддержке приверженности ..... 16
  - ШАГ 1. Оценка исходного уровня информированности пациента и рисков неприверженности ..... 17
  - ШАГ 2. Предоставление новой информации и формирование мотивации по приверженности лечению ..... 17
  - ШАГ 3. Оценка готовности пациента к обеспечению приверженности (до начала приема таблеток) ..... 17
  - ШАГ 4. Начало АРТ ..... 21
  - ШАГ 5. Оценка приверженности во время АРВТ и ее текущая коррекция ..... 22
- 2.4. Регулярный внешний мониторинг, помощь пациенту в организации диспансерного наблюдения ..... 22

**Часть 3. Обзор специфических вопросов** ..... 26

- 3.1. Побочные эффекты ..... 26
- 3.2. Ко-инфекция с гепатитами В и/или С ..... 29
- 3.3. Туберкулез ..... 30

- 3.4. Формирование приверженности лечению у некоторых категорий клиентов (отказывающиеся от лечения; употребляющие наркотики; клиенты с нарушениями психической деятельности) ..... 32

## ПРИЛОЖЕНИЯ

**Приложение 1** – Решение проблемных ситуаций: рабочая таблица ..... 36

**Приложение 2** – Таблица постановки целей при ведении случая ..... 37

**Приложение 3** – Анкета «Оценка уровня информированности» ..... 38

**Приложение 4** – Анкета «Оценка рисков неприверженности лечению» ..... 39

**Приложение 5** – Антиретровирусные препараты ..... 42

**Приложение 6** – Показания к началу АРВТ у взрослых и подростков ..... 44

**Приложение 7** – Рекомендуемые схемы АРВТ первого ряда – предпочтительные, альтернативные и приемлемые ..... 45

**Приложение 8** – Дневник клиента ..... 47

**Приложение 9** – Бланк самооценки приверженности ..... 50

**Приложение 10** – Диагностика отношения к болезни ..... 52

**Приложение 11** – Опросник состояния здоровья (PHQ-9) ..... 55

**Приложение 12** – Шкала тревожности (GAD-7) ... 56

**Приложение 13** – Предоставление новой информации и формирование мотивации по приверженности АРВТ ..... 57

**Приложение 14** – Нормативно-правовые и методические документы по проблеме ВИЧ-инфекции ..... 64

# ВВЕДЕНИЕ

Благодаря созданию препаратов против ВИЧ-инфекции это заболевание перешло из разряда смертельных в разряд хронических. Вовремя начав лечение антиретровирусными препаратами (АРВП) и следуя всем указаниям врача, люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), могут прожить долгую и полноценную жизнь. Проблемой является то, что люди в силу различных причин нарушают предписания врача. Несоблюдение режима приема АРВП приводит к их неэффективности, развитию резистентности ВИЧ и, как следствие, к исчерпанию всех терапевтических возможностей (доступных комбинаций препаратов). В этом случае дальнейшее лечение ВИЧ-инфекции у человека невозможно, и заболевание становится смертельным.

- Около трети ВИЧ-положительных людей не испытывают симптомы заболевания в среднем в течение 10 лет с момента инфицирования без всякого лечения.
- У около 60 % ЛЖВ возникает необходимость начинать антиретровирусную терапию (АРВТ) спустя 4–5 лет после инфицирования.
- 2–3 % могут заболеть и нуждаться в лечении намного раньше.
- 2–3 % ЛЖВ могут обходиться без лекарств на протяжении 15–20 лет.

Даже при отсутствии симптомов, обусловленных тяжелым иммунодефицитом, в организме человека, инфицированного ВИЧ, протекают патологические процессы, связанные с хроническим воспалением и ускоренным старением, этим обусловлена тенденция все более и более раннего начала АРВТ, задолго до возможного появления ощутимых симптомов болезни.

В связи со стабильным ростом числа новых случаев ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь (около 1,5 тыс. новых случаев в год) все большее количество людей будет нуждаться в лечении. Наличие антиретровирусных препаратов не гарантирует выполнение клинических и эпидемиологических целей лечения. Важным условием достижения целей является наличие у пациента приверженности лечению. При этом приверженность не означает только прием препаратов согласно назначению врача, но и представляет собой социально-психологический феномен. Прогноз соблюдения режима лечения зависит от чувств, мыслей и поведения пациента.

Тщательное выполнение мероприятий по диспансеризации предполагает выполнение протоколов лечения, а также работу по формированию приверженности, что неизбежно вызывает необходимость воздействия на чувства, мысли и поведение пациента. Врачи, осуществляющие диспансерное наблюдение пациентов с ВИЧ в кабинетах инфекционных заболеваний и инфекционных отделениях, в повседневной работе сталкиваются с последствиями иррациональных мыслей пациента о заболевании, тревогой, отказом от лечения, попытками «сделки» и т. д. Специалисты

осознают важность комплексной помощи, применения командного подхода при ведении пациентов с ВИЧ. Вместе с тем, существует перегруженность амбулаторно-клинической и диспансерной службы. В системе здравоохранения наблюдается дефицит медицинских кадров (врачебного и среднего медицинского персонала). Дефицит среднего медицинского персонала особенно негативно влияет на качество диспансеризации хронических больных, в частности в области непрерывного получения лечения. Ставки социальных работников и психологов в структуре инфекционной службы отсутствуют. Сознательное отношение человека к своему здоровью является одной из сложных проблем медицинской психологии. В аспекте ВИЧ-инфекции проблема заключается в том, что ни один пациент не просит «помочь регулярно принимать препараты».

Данное пособие представляет собой описание алгоритма работы по формированию и поддержке приверженности. Важными особенностями представленной программы являются:

- применимость в условиях учреждения здравоохранения, а также службах и сервисах для ЛЖВ, организованных общественными организациями;
- возможность применения консультантом по приверженности (социальным работником) независимо от качества контакта с врачом-инфекционистом;
- алгоритм может быть освоен социальным работником в короткий срок, но вместе с тем требует прочных базовых знаний по ВИЧ-инфекции и лечению.

Отличительной характеристикой пособия является его прикладной характер. В пособии лишь обзорно приводятся основные теоретические компоненты клинического наблюдения и социально-психологического сопровождения людей, живущих с ВИЧ. В конце разделов представлена литература, содержащая углубленные сведения по тому или иному вопросу. Структура пособия также ориентирована на практику. Первая часть пособия содержит основные тактики консультирования, так как именно консультирование является основной формой воздействия на пациента/клиента при формировании и поддержке приверженности лечению. В основе второй части лежит описание этапов алгоритма работы по приверженности, составленного на основе международных и национальных протоколов ведения пациентов с ВИЧ. Третий раздел ставит целью преодоление трудностей, связанных со структурным разделением медицинской помощи пациентам с ВИЧ. Раздел сфокусирован на вопросах управления побочными эффектами, системой организации лечения гепатита, туберкулеза, а также включает некоторые вопросы формирования приверженности лечению у пациентов, отказывающихся

от лечения, употребляющих наркотики, клиентов с нарушениями психической деятельности. Приложения содержат практические инструменты работы по приверженности лечению, перечень АРВП, используемых в Беларуси (на 01.11.2013), показания к началу АРВТ у взрослых и подростков, указанные в национальных и международных документах, а также рекомендуемые схемы АРВТ первого ряда – предпочтительные, альтернативные и приемлемые.

Таким образом, пособие включает основные междисциплинарные аспекты медицинской, психосоциальной помощи людям, живущим с ВИЧ, и является руководством к действию для специалистов, занимающихся вопросами приверженности лечению. Пособие предназначено для специалистов амбулаторно-клинической и диспансерной службы, равных консультантов, социальных работников. Пособие также раскрывает содержание деятельности в рамках командного подхода (междисциплинарной команды) при организации диспансерного наблюдения пациентов с ВИЧ. Создание данного пособия стало возможным благодаря «междисциплинарному взаимодействию». В повседневной реальности авторы совмещают ряд ролей: врач, осуществляющий АРВТ; сотрудник кафедры, участвующий в разработке стандартов медицинской по-

мощи; сотрудник кафедры, владеющий стандартами психологической помощи; психолог-консультант; сотрудник общественной организации.

Авторы столкнулись с проблемой применения в тексте терминов «пациент» и «клиент». Безусловно, эта проблема выходит за рамки лингвистики и затрагивает сложные проблемы подходов. В пособии «пациент» и «клиент» являются синонимичными понятиями, обозначающими человека, которому оказывается помощь по вопросам жизни с ВИЧ в контексте приверженности лечению. В тексте проблема решена «технически»: в разделах с фокусом на консультировании, социальной и психологической работе использован термин «клиент»; в разделах, ориентированных на организацию медицинской помощи, использован термин «пациент».

Принимая во внимание тот факт, что рано или поздно лечение потребуется большинству ЛЖВ, общей целью пособия является побуждение специалистов в области медицины, социальных работников, равных консультантов, психологов к проведению регулярной целенаправленной работы по формированию и поддержке приверженности АРВТ. При этом **необходимо учитывать, что такая работа должна проводиться еще до того момента, когда врач предпишет начать прием препаратов.**

## ЧАСТЬ 1. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТА/ ПАЦИЕНТА И ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЯ

В последнее время консультирование рассматривается как самостоятельная область практики. Эта область возникла как ответ на необходимость оказания помощи людям, не всегда имеющим клинические нарушения, но испытывающим трудности в повседневной жизни.

Распространенным определением консультирования является следующее. **Консультирование – это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений в различных сферах жизни (профессиональной карьеры, брака, семьи, межличностных отношений).**

Таким образом, консультирование – это, **прежде всего, диалог между людьми, находящимися в равных позициях.** Что означает, что каждый из участников беседы ценит и уважает собеседника, верит в его способность быть ответственным, ставить цели и принимать решения. Цели консультирования могут быть различными в зависимости от актуальных потребностей и переживаний клиента. George и Cristiani (1990) выделили несколько универсальных целей.

1. Способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью, несмотря на некоторые неизбежные ограничения.
2. Развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями.
3. Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений (распределение времени в новой си-

туации, оценка последствий риска, исследование ценностей).

4. Развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения.
5. Облегчить реализацию и повышение потенциала личности.

Консультирование ЛЖВ является неотъемлемой частью оказания им помощи и поддержки всеми специалистами, вовлеченными в эту работу. Без качественного и своевременного консультирования невозможно достичь тех невероятных терапевтических результатов, которые в состоянии обеспечить современные АРВП. Ситуация, когда пациента консультируют медицинские работники, сотрудники социальной службы и равные консультанты, на сегодняшний день является крайне редкой. Эта практика постоянно развивается именно в сфере оказания помощи ЛЖВ, в том числе в странах с ограниченными финансовыми ресурсами, хотя она достойна внедрения во всех сферах медицины, занимающихся лечением пациентов с тяжелыми и хроническими заболеваниями.

Командный подход к оказанию помощи ЛЖВ рекомендован и постоянно поддерживается ВОЗ. Он предусматривает единство целей всех членов команды по достижению намеченных результатов, однако методы и подходы каждого из участников могут быть различными.

Далее в соответствующих разделах пособия будут представлены материалы по консультированию, направленному на формирование и поддержание приверженности, для врачей, медицинских сестер и равных консультантов (социальных работников).

### 1.1. Стратегии консультирования по вопросам жизни с ВИЧ

Установление доверия – основа консультирования. Важные составляющие доверительных отношений:

1. Честность.
2. Предоставление клиенту возможности описать свою ситуацию так, как он сам ее видит.
3. Поддержка, эмпатия<sup>1</sup>, возможность открыто обсуждать интересующие вопросы.
4. Использование приоритетов клиента.
5. Подражание некоторым особенностям поведения и речи клиента (отражение).
6. Предоставление клиенту важной информации во время первой встречи.
7. Использование приема, при котором специалист выслушивает клиента, предоставляя ему возможность выговориться, а потом делает важное замечание или задает нужный и своевременный вопрос.

8. Чувство надежды. Слова и поведение консультанта должны свидетельствовать о том, что и он, и другие профессионалы уже сталкивались с такими проблемами и знают, как с ними справиться.

Процесс консультирования может иметь разную структуру в зависимости от приоритетов встречи. Ниже представлены **четыре стратегии консультации:**

- общая модель,
- консультация, ориентированная на решение проблемы,
- консультация согласно технике мотивационного интервью,
- консультация, направленная на информирование о заболевании и лечении.

Каждая стратегия представляет собой описание основных этапов консультирования. Выбор стратегии зависит, прежде всего, от целей конкретной консультации.

<sup>1</sup> Понимание консультантом эмоционального состояния другого человека, сопереживание

## Общая модель консультирования

### БЛОК 1. Знакомство с клиентом и начало беседы

1. Первый контакт. Демонстрация доброжелательности и заинтересованности в сотрудничестве.
2. Ободрение. Желательно подбадривать клиента словами: «Проходите, пожалуйста», «Усаживайтесь поудобнее» и т. п.
3. Небольшая пауза (45–60 секунд).
4. Собственно знакомство. «Давайте познакомимся. Как мне к Вам обращаться?» После этого необходимо представиться самому.
5. Формальности. До начала собственно консультирования консультант обязан предоставить клиенту максимум информации о процессе и его важных особенностях: цель, квалификация консультанта, приблизительная продолжительность, целесообразность консультирования в данной ситуации, риск временного ухудшения психологического состояния клиента, границы конфиденциальности.
6. Начало консультации. «Какие вопросы Вы хотели обсудить со мной в первую очередь?»  
Поддержка.

### БЛОК 2. Расспрос клиента, формирование гипотез

1. Активное слушание.
2. Принятие модели ситуации клиента в качестве временной. Консультанту не стоит вступать в споры с клиентом, тем более обличать его, ловить на противоречиях. Структурирование беседы. Побуждение к более рациональному изложению, рассуждениям. Резюме.
3. Понимание того, как клиент сам воспринимает и объясняет ситуацию (модели ситуации клиента) без изложения на данном этапе выводов (!). Формулировка нескольких гипотез в отношении модели: а) верная ли модель, б) полная ли.
4. «Критика» гипотез. Консультант задает клиенту вопросы, направленные на уточнение, «критику» гипотез. В результате остается только одна рабочая гипотеза (основная).
5. Изложение своей гипотезы клиенту. Подчеркнуть, что соображения консультанта – пока только гипотеза (предположения).
6. Нахождение истины. Рассматриваются различные ситуации, типичные и не совсем типичные. Перед тем как приступить к следующему этапу, проблема и гипотеза (модель проблемной ситуации) должны быть сформулированы и приняты обеими сторонами.

### БЛОК 3. Оказание воздействия

1. Если проблема и гипотеза не соответствуют ситуации клиента, то и дальнейшая работа с клиентом (воздействие) находится под угрозой; а если наоборот (модель проблемной

ситуации выбрана правильно), то и самому клиенту будет интересно.

2. Коррекция установок клиента. Следует уделить внимание установкам, направленным на обретение спокойствия и уверенности (успокоиться или, наоборот, мобилизоваться). Установки можно «принимать» в виде самовнушения.
3. Коррекция поведения клиента. Помощь клиенту в формулировании возможных альтернатив обычному поведению. Анализ и критика этих альтернатив, оценка их пользы и эффективности. Выбор лучшей альтернативы. Разработка плана внедрения этой альтернативы. Тренировка шагов на применение альтернативы.
4. **Завершение консультации**
  1. Подведение итогов беседы. Краткое обобщение всего происшедшего.
  2. Обсуждение вопросов, касающихся дальнейших отношений клиента с консультантом или другими специалистами.
  3. Прощание.

## Консультация, ориентированная на решение проблемы

Самая общая модель структуры такого консультативного процесса называется эклектической (B.E. Gilland) и подразумевает шесть тесно связанных между собой стадий.

1. **Исследование проблем.** Необходимо внимательно выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять клиента к углубленному рассмотрению возникших у него проблем.
2. **Двумерное определение проблем.** На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая, что он чувствует и думает в данной ситуации. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового их понимания; в результате проблемы должны быть определены конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает на способы их разрешения. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то надо вернуться к стадии исследования.
3. **Идентификация альтернатив.** На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Пользуясь открытыми вопросами, консультант побуждает клиента назвать все возможные варианты, которые тот считает подходящими и реальными, помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений. Во время беседы



можно составить письменный список вариантов, чтобы их было легче сравнивать. Следует найти такие альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно. Можно использовать таблицу решения проблем (Приложение 1).

4. **Планирование.** На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться. Составление плана реалистичного решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. Некоторые проблемы требуют слишком много времени; другие могут быть решены лишь частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизующего поведения воздействия. В плане решения проблем следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения (ролевые игры, «репетиция» действий и др.). Постановка нереалистичных задач приведет к их невыполнению, снижению самооценки клиента и доверия к консультанту и, как следствие, к возможному прекращению дальнейшей деятельности.
5. **Деятельность.** На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении целей. Клиент должен усвоить, что частичная неудача – еще не катастрофа, и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.
6. **Оценка и обратная связь.** На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. Даже минимальные результаты должны приветствоваться и вызывать одобрение. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

### Консультация, ориентированная на изменение поведения (техника мотивационного интервьюирования (МИ) из восьми частей)

1. **Начальная стратегия:** разговор об образе жизни клиента, стрессах и проблемах, существующих на сегодняшний день. В процессе беседы затрагиваются темы о

жизни с ВИЧ, лечении. Например, «Что Вас беспокоит?».

2. **Начальная стратегия:** разговор о здоровье и проблемном поведении, о социальной ситуации. На данном этапе консультант непосредственно выясняет особенности восприятия клиентом проблемного поведения (например, отказ от лечения). Эта стратегия будет особенно полезна, когда консультант видит связь между поведением и проблемой. Например, клиент отказывается принимать АРВТ, но при этом сам клиент жалуется на проблемы со здоровьем (по лабораторным и клиническим показателям также необходим прием препаратов). После разговора о работе, отдыхе, увлечениях и т. д. (в зависимости от того, что будет более уместно в конкретной ситуации, о чем охотнее всего будет говорить клиент), можно задать простой открытый вопрос, например: «Какова роль ВИЧ в Вашей повседневной жизни?», или «Как отказ от лечения влияет на Ваше здоровье?», или «Как отказ от лечения может повлиять на Ваш отдых, работу, отношения в семье?» и т. д.
3. **Рассмотрение вместе с клиентом его типичного дня** (с утра и по минутам, что за чем следует). Вначале клиенту предлагается выбрать какой-то один типичный день или типичную неделю из его жизни. После этого консультант формулирует предложение: «Интересно было бы проанализировать этот день (эту неделю и т. д.). Мы можем потратить следующие 5–10 минут, чтобы описать этот день (неделю) от начала и до конца. Что происходило, о чем Вы при этом думали, что чувствовали, какую роль играл Ваш статус (здоровье, лечение)? Давайте начнем с самого начала». На этом этапе основная роль консультанта заключается в постановке простых и откровенных вопросов, побуждающих клиента рассказывать и анализировать сказанное. Следует уделять внимание словам и фразам клиента относительно его отношения к тому, какие действия он совершает или не совершает сейчас (например, «я не чувствую себя больным, пока не начну лечение», или наоборот, «я никогда долго не пил таблетки – не знаю, как я это буду делать на работе»). Задача данной стратегии – развить и закрепить доверительные отношения, рассказать о текущем положении дел без упоминания слов «проблема» или «ненормально», «так нельзя».
4. **Обсуждение с клиентом плюсов** (что хорошего) и минусов (что плохого), если он откажется от проблемного поведения (например, откажется принимать таблетки или будет их принимать). На этой стадии клиент четче говорит о сомнениях и опасениях в связи с проблемой, важно удержаться от прямых во-



просов и слов «проблема», «озабоченность» или заявлений в стиле «нужно что-то делать». Вначале стоит спросить клиента, какие позитивные моменты он находит в проблемном поведении, например, отказе от приема таблеток. «Что дает Вам отказ от терапии?», «Что Вы потеряете, если начнете АРВТ? Что еще?». Стоит поддержать клиента в том, что он анализирует свою жизнь, например: «Вы много узнали о ВИЧ и лечении и, наверняка, знаете эти вопросы с разных сторон...». Далее стоит обсудить вариант, если клиент не начнет лечение: «Есть ли какие-то нежелательные моменты, которые могут наступить, если Вы не начнете терапию? Что еще? А что еще?». Далее необходимо суммировать все сказанное клиентом ранее – и про хорошие, и про плохие стороны отказа от АРВТ. Хороший признак, если в конце данной стадии клиент сам говорит открыто о своем положении примерно следующее: «Я до сих пор не понимал, насколько АРВТ может влиять на мою жизнь».

5. **Предоставление информации**, которая в будущем может помочь при обдумывании решения. На данном этапе консультант предоставляет клиенту информацию о роли АРВТ и негативных последствиях отказа от приема.
6. **Обсуждение будущего** (актуализация планов, мечты и желаний) и настоящего (текущая жизнь и ВИЧ). Сравнение будущего и настоящего необходимо для того, чтобы найти повод для размышления. Эта стратегия используется только с теми клиентами, кто хоть немного озабочен своим проблемным поведением (отказом от лечения). Прежде всего стоит побудить клиента рассказать о его представлениях о будущем (именно в контексте стремлений и желаний). «Что в жизни является для Вас самым важным? А еще?», «Что хорошего говорят о Вас Ваша семья, друзья, знакомые?», «Чем Вы, в идеале, хотели бы заниматься через год? Через два? Через пять лет?». Необходимо подытожить сказанное клиентом о его будущем, например: «В общем, можно сказать, что Вы планируете ...». Далее необходимо четко сформулировать противоречия, указать клиенту на несовместимость жизни клиента в данный момент (отказ от терапии) с тем, как он/она хочет жить в будущем. В завершение данного этапа необходимо поддержать клиента и укрепить мысль о его способности контролировать свою жизнь.
7. **Исследование вместе с клиентом опасений и проблем**, беспокоящих его в связи с проблемным поведением и изменением поведения. Этот этап является самым важным. На основании полученной информации об опасениях и проблемах, беспокоящих клиента в связи с проблемным поведением, составляется план дальнейшей работы. Однако к этому

этапу стоит переходить только в том случае, если у клиента есть опасения, о которых он рассказал. Этот этап будет преждевременным, если клиент вообще не думает об изменении своего поведения. Консультанты иногда допускают ошибку, начиная с этой стратегии, так как данный этап кажется консультанту очевидным и простым. Можно начать с вводного вопроса: «После того, как мы уже многое обсудили, какие опасения у Вас есть по поводу Вашего отказа от лечения?». Затем необходимо подытожить сказанное, например: «То есть Вы говорите о том, что...». Можно задать следующий вопрос: «А что еще Вас пугает (смущает, беспокоит)? Что еще? Что еще?». Стоит обсудить все опасения. В конце делается обобщение по всему сказанному. При этом подчеркиваются не только высказанные опасения, но также и высказанные ранее выгоды (плюсы, преимущества) от проблемного поведения. Например: «Попробую обобщить то, что Вы сказали. Итак, Вас беспокоит то, что если Вы не начнете АРВТ, то ... А с другой стороны, по Вашим словам, то, что Вы не пьете таблетки, позволяет вам чувствовать себя полностью здоровым, «сохранить» печень, избежать того, что таблетки могут увидеть другие люди... Я правильно вас понял?».

8. **Сопровождение и поддержка клиента в принятии САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ** (обсуждение плана действий). Переход на этот этап целесообразен только для тех клиентов, кто уже выражает желание принять решение по поводу изменения. С одной стороны, не нужно торопить клиента с принятием решения, с другой, принятие решения может затянуться. Если клиент не принимает быстро решения относительно начала АРВТ, часто консультант прибегает к давлению и манипуляции («закончатся таблетки», «умрешь» и т. д.). Данные методы часто являются единственным вариантом принятия быстрого решения, однако, следует учитывать, что данный подход создает угрозу приверженности в будущем. Например, как только человек почувствует себя лучше, он может отказаться от приема лекарств. Вероятно, если позволяет состояние здоровья, лучше дать время клиенту для принятия самостоятельного решения, при этом реализуя действия, направленные на поддержку в принятии адекватного решения.

**Мотивационное интервью будет неэффективным, если в процессе не использовались основные приемы данной техники:** открытые вопросы, отражающее слушание, подведение итогов, обобщение и поддержка. Символично, что первые буквы названий этих приемов на английском языке образуют слово, которое на русском обозначает «весла» (O-A-R-S = ВЕСЛА):

- Открытые вопросы (**Open questions**).
- Поощрение и поддержка (**Affirmation**).
- Отражающее слушание (**Reflective listening**).
- Подведение итогов (**Summarizing**).

Таким образом, с помощью «весел» (а гребут обычно двое) консультант может помочь клиенту добраться до пункта назначения – изменения поведения.

**Открытые вопросы** предусматривают развернутый ответ, в то время как на закрытые можно ответить однозначно «да» или «нет». Отвечая на открытые вопросы, человек высказывает свою точку зрения и дает максимальный объем личной информации.

Утверждения, выражающие **поощрение и поддержку**:

- Я понимаю, насколько сложно Вам было решиться прийти сюда. Вы сделали большой шаг.
- Думаю, это здорово, что Вы хотите сделать что-то в связи с этой проблемой.
- Должно быть, это было очень трудно для Вас.
- Вы действительно очень сильный человек, если смогли так долго жить с этой проблемой и не сдаться.
- Это хорошее предложение.
- Вам, наверняка, очень трудно выдерживать такой стресс каждый день. Должен признать, что, если бы я оказался на Вашем месте, мне тоже было бы очень трудно.

Вступительные слова **отражающих утверждений**:

- То есть, Вы считаете, что Вы...
- Похоже, Вы...
- Вам кажется, что Вы...
- Значит, Вы ...

**Подведение итогов** обычно начинается со вступительной фразы:

- Таким образом...,
- Если я Вас правильно понял...,
- Я хотел бы уточнить, Вы сказали...,
- Другими словами...,
- Если подытожить то, что Вы сказали...,
- Итак, Вы планируете...,
- Если я не ошибаюсь, Вы хотели сказать...

## Консультация, направленная на информирование о заболевании и лечении

Данный тип консультаций лучше использовать, если у консультанта есть опасения, что клиент не придет на повторную консультацию. Некоторые консультанты считают, что трудно предугадать, придет клиент

еще раз или нет, и предпочитают посвятить первую встречу обсуждению основных сведений о ВИЧ и лечении. Однако, если консультант ориентирован на долгосрочные отношения с клиентом (сопровождение), стратегической целью первой встречи является установление контакта и доверия. Первичная консультация, как правило, подразумевает выявление потребностей и ожиданий клиента и, если возможно, разрешение некоторых вопросов, интересующих клиента. Также во время первичной консультации необходимо достигнуть договоренности о режиме последующих встреч.

Если консультант выбрал стратегию, ориентированную на информирование, стоит последовательно рассмотреть каждый пункт плана, если у клиента уже есть знания по вопросу, необходимо переходить к следующему пункту.

1. Иммунная система.
2. Жизненный цикл.
3. АРВП, механизм действия.
4. Цели приема АРВП.
5. Признаки эффективности АРВП.
6. Особенности приема АРВП.
7. Понятие приверженности.
8. Резистентность.
9. Информация о схеме клиента.
10. Планирование беременности.
11. Токсичность.
12. Побочные эффекты.
13. Совместимость с другими препаратами.
14. Действия при рвоте и пропуске.
15. Хранение АРВП.
16. Организация приема АРВП.
17. Правила и режим получения АРВП.
18. Сообщения об изменении состояния клиента.
19. Профилактика опасного поведения.
20. Координаты организации.
21. Обратная связь (как, где и когда клиент и консультант будут видеться).

Консультирование является самостоятельным видом помощи людям, испытывающим трудности в повседневной жизни. Иногда для разрешения трудностей достаточно одной или нескольких консультаций. Консультант может использовать различные стратегии консультирования в зависимости от проблем, с которыми столкнулся клиент, и поставленных целей. Однако часто консультанты в сфере помощи людям, затронутым ВИЧ, сталкиваются с необходимостью решения целого комплекса проблем медицинского, социально-психологического и бытового характера. Управление приверженностью также является процессом, требующим установления доверия между персоналом и клиентом, времени, регулярного мониторинга. В таких случаях целесообразно оказание помощи согласно тактике ведения случая.

## 1.2. Постановка целей работы над случаем

Самой эффективной тактикой оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, является командный подход. В состав команды входят специалисты

разного профиля в соответствии с потребностями конкретного пациента. Такая команда может работать одновременно с несколькими пациентами, по-

этому работу с одним пациентом называют «ведением случая».

Ведение случая – это комплекс мероприятий, который осуществляется специалистом/командой специалистов по разным дисциплинам при тесном взаимодействии как специалистов между собой, так и с клиентом для решения поставленных целей ради улучшения качества жизни клиента.

Постановка целей означает, что консультант хорошо понимает состояние или ситуацию, к которым хотел бы привести клиента по окончании оказания помощи. При этом цели должны быть четко сформулированы. Они должны быть понятны и клиенту, и специалистам и являться описанием конкретных эмоциональных и/или поведенческих изменений. Например, «Саша сам сможет вовремя пить таблетки», «Наталья перестанет бояться приходить на прием к врачу».

У каждого клиента, семьи не одна, а множество разных проблем. Важно решить, с какими из них необходимо работать в первую очередь, а какие могут подождать. При постановке целей можно использовать таблицу, разработанную на основе критериев расстановки приоритетов в решении имеющихся проблем (Приложение 2). Нужно сформулировать и, желательно, записать основные проблемы клиента.

1. *Проблема, которая больше всего беспокоит клиента*, – приоритет, который позволяет уделить внимание запросу клиента, как правило, принадлежит тому, чтобы узнать и понять самого себя, научиться контролировать свою жизнь, освободиться от того, что причиняет страдание. Решение данной проблемы важно, так как является отправной точкой для изменения ситуации, в которой оказался клиент. Пример: девушка в качестве запроса формулирует проблему – она не может рассказать близкому другу о своем ВИЧ-позитивном статусе.

2. *Поведение, при отсутствии контроля над которым могут наступить тяжелые последствия*, – описывает ситуации, которые требуют незамедлительного вмешательства, прежде чем можно будет заняться другими проблемами. Иногда данные ситуации требуют дополнительной консультации у другого специалиста. К таким ситуациям можно отнести намерение самоубийства, угрозу нанесения увечья себе и другим людям. Пример: клиентка после объявления диагноза говорит о том, что ей приходила мысль покончить с собой.

3. *Вопрос, который волнует специалиста или ведомство, направившее клиента*. В контексте помощи людям, затронутым ВИЧ, приоритетом выступают, во-первых, достижение целей лечения (клинической, иммунологической, вирусологической), во-вторых, формирование и поддержка приверженности к лечению.

4. *Поведение, с которым можно справиться наиболее быстро*. Если консультант в самом начале может продемонстрировать свою способность помочь клиенту, то он с большей вероятностью установит долгосрочные отношения. К таким мерам быстрого решения проблем можно отнести направление клиента в другое учреждение, где ему окажут помощь. Например, клиента можно направить в организацию, оказывающую финансовую помощь. Если эта проблема совпадает с тем, что волнует клиента, усилится вера в возможность помощи, повысится приверженность к встречам с консультантами.

5. *Промежуточные цели, что нужно сделать в первую очередь*. Мероприятия, которые входят в данный приоритет, реализуются для того, чтобы затем можно было приступить к решению других проблем. Например, прежде чем сообщать кому-то из членов семьи диагноз, необходимо выявить их отношение к проблеме.

#### **Постановка целей – обязательный компонент помощи клиенту.**

При этом, несмотря на то, что клиент определяет цели воздействия, это не означает, что мы полностью принимаем предъявляемые клиентом запросы как ориентиры для работы. При постановке целей возможны ошибки. Например, часто консультанты формулируют цель своей работы как «эмоциональная поддержка клиента», подменяя тем самым статус цели обязательным условием построения доверительных отношений со специалистом, оказывающим помощь.

Обсуждение, конкретизация и согласование целей дают следующие преимущества:

- взаимопонимание между клиентом и консультантом относительно желаемых результатов,
- ясная постановка целей повышает мотивацию к достижению,
- обоснование эффективности работы, возможность обобщения и предоставления результатов.

## **Литература**

1. Алешина Ю.Е. Семейное и индивидуальное психологическое консультирование. М., 1993.
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999.
3. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Методические рекомендации. Под ред. Храпаль А., Клепиков А., Шурпач Л. [и др.]. Киев, 2004.
4. Файн Сара Ф., Глассер П. Первичная консультация. Установление контакта и завоевание доверия. М., 2010.

## ЧАСТЬ 2. ТАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ

### 2.1. Определение приверженности

Распространено понимание приверженности как соблюдение режима приема лекарств. Однако приверженность включает также ряд особенностей поведения в отношении здоровья, которые стоят за принятием предписанных лекарств. В 2001 г. ВОЗ определила приверженность как степень, в которой пациент следует медицинским предписаниям. При этом термин «медицинский» не исчерпывает все воздействия (вмешательства), используемые в лечении хронических заболеваний. А термин «предписания» не подразумевает, что пациент пассивно принимает назначения врача в противоположность активному сотрудничеству в процессе лечения.

**Приверженность означает** прием препаратов:

- 1) в дозировках согласно назначению врача,
- 2) в строго определенное время,
- 3) с учетом диетических и других предписаний.

**Недостаточная приверженность:**

- 1) пропуск одной и более доз одного или всех назначенных медикаментов,
- 2) несоблюдение интервала между приемами,
- 3) несоблюдение пищевых и других рекомендаций.

При лечении ВИЧ-инфекции приверженность приему АРВП колеблется между 37 % и 83 % (Adherence to long-term therapies. World Health Organization, 2003).

Причины низкой приверженности весьма разнообразны. У некоторых ЛЖВ их может быть даже несколько. Ниже представлен список наиболее часто встречающихся причин *из более чем 200 известных*.

**Основные факторы, которые позволяют прогнозировать низкую приверженность:**

- отсутствие доверительных отношений между врачом и пациентом;
- аддиктивное поведение, в особенности наркомания и/или алкоголизм;
- другие психические расстройства в активной фазе (наиболее распространенное – депрессия);
- низкий уровень грамотности пациента и неспособность разбираться в назначениях врача;
- сложная схема (из большого числа таблеток), строгие диетологические рекомендации и т. д.;
- отсутствие надежного доступа к первичной медицинской помощи или медицинским препаратам.

**Другие причины несоблюдения режима АРВТ:**

- забывчивость,
- занятость пациента дома и на работе,

- частые поездки,
- однообразие жизни, не позволяющее отличить один день от другого,
- проявление побочных эффектов,
- пациент чувствует себя слишком больным или, наоборот, достаточно здоровым, чтобы принимать препараты,
- стигма (опасение пациента, что прием определенных препаратов раскроет его статус).

Каждый специалист, занимающийся консультированием по приверженности, должен отдавать себе отчет в том, что прогнозирование успехов в этой области довольно неблагоприятное занятие. Некоторые пациенты со многими из перечисленных выше факторов, определяющих низкую приверженность (включая зависимость), демонстрируют замечательные результаты лечения, в то время как, казалось бы, благополучные и социальные лица многократно прекращают лечение или исчезают из-под наблюдения. Необходимо также осознавать, что иногда мы не можем даже вообразить истинную причину чьей-то низкой приверженности или оценить значение для конкретного индивидуума фактора, который кажется нам незначительным (например, размер таблетки). *У любого человека мотивация к приему препаратов может меняться со временем под воздействием жизненных обстоятельств или просто от усталости*. Приверженность необходимо постоянно контролировать и поддерживать на высоком уровне.

Минимум необходимых условий высокой приверженности терапии:

- имеется эмоциональная и практическая поддержка со стороны окружения пациента;
- имеется и постоянно поддерживается мотивация к приему АРВП как необходимому условию долгой и продуктивной жизни;
- существует возможность включить прием препаратов в режим повседневной жизни пациента, не внося в этот режим существенных изменений;
- произошло осознание того, что несоблюдение схемы лечения может привести к развитию резистентности ВИЧ со всеми вытекающими последствиями (дальнейший неуспех АРВТ, исчерпание терапевтических опций, ухудшение состояния здоровья и т. д.);
- отсутствует дискомфорт при приеме препаратов в присутствии посторонних людей;
- соблюдается график посещений лечащего врача.



## 2.2. Междисциплинарный подход

Самым эффективным подходом формирования и поддержки приверженности лечению является ведение случая пациента многопрофильной командой специалистов. Применение междисциплинарного подхода в практике оказания медицинской помощи людям с хроническими заболеваниями основано на положении о том, что психосоциальные проблемы влияют на физическое состояние, ход лечения, приверженность диспансерному наблюдению и лечению, стоимость лечения и качество жизни человека и его семьи.

В настоящее время в Беларуси при ведении пациентов, живущих с ВИЧ, внедряется **междисциплинарная модель многопрофильной команды**.

**Междисциплинарная модель** работы предполагает обмен информацией и навыками между различными «дисциплинами» так, чтобы эти «обмены» были скоординированы и объединены, а не носили фрагментарный характер. Для этого вводится элемент запланированного совместного участия/обсуждения, а также предусматривается обучение персонала, когда профессионалы изучают основные понятия и простейшие методы воздействия в рамках их специализации. Доступ к этим расширенным ресурсам для клиентов осуществляется через представительство команды специалистов разного профиля.

Междисциплинарное направление, таким образом, является наиболее перспективным в создании более скоординированного плана оказания услуги, так как продолжительное и тесное взаимодействие специалистов команды способствует развитию навыков сотрудничества и кооперации, что делает, в конечном счете, процесс планирования услуг такой командой более конкретным и эффективным.

При работе с клиентом междисциплинарные группы чаще всего проходят следующие этапы:

- 1) рассмотрение случая,
- 2) обмен мнениями,
- 3) распределение обязанностей между членами,
- 4) оценка ситуации и планирование вмешательства,
- 5) вмешательство,
- 6) анализ проделанной работы,
- 7) завершение работы.

**ВРАЧ является ключевой фигурой в системе оказания помощи ЛЖВ.** Все его действия в отношении пациента должны быть направлены на предотвращение смерти и инвалидизации последнего. Без эффективной АРВТ достижение этой цели невозможно, а эффективная АРВТ не возможна без высокой приверженности приему препаратов. Казалось бы, все просто, но далеко не все врачи готовы вступать во взаимоотношения с пациентом, которые предполагают партнерство и информированное согласие. Многие специалисты склонны придерживаться патерналистской модели поведения: врач – «бог отец», дающий рекомендации, пациент – «дитя неразумное», беспрекословно эти рекомендации выполняющее, если хочет жить, конечно, ну а если не

хочет, то врач не виноват. Отбросив «гуманистическую» составляющую такой точки зрения, можно с уверенностью констатировать, что такая модель продемонстрировала свою неэффективность в применении к лечению хронических заболеваний. Модель взаимодействия на основе информированного согласия пациента на любые, в том числе терапевтические, вмешательства является существенно более эффективной, но при этом более затратной с позиции людских и временных ресурсов. Лабораторные обследования и назначение АРВТ без формирования и поддержания приверженности – это процесс, не направленный на результат.

В обязанности врача консультативно-диспансерного кабинета (КДК) входят разработка стратегии в области приверженности, координация работы всех сотрудников в этой сфере и мониторинг результатов. Что касается стратегии и координации деятельности, то в последующих разделах поэтапно описан процесс формирования и поддержания приверженности и определена роль в этом отдельных участников команды. В зависимости от укомплектованности КДК/КДО и степени внедрения командного подхода будет формироваться и развиваться стратегия по оптимизации приверженности. Анализ результатов предельно прост – как минимум, удержание на АРВТ 12 месяцев и более (индикатор ВОЗ, целевой показатель >70 %), как максимум, процент ЛЖВ, у которых была достигнута неопределяемая ВН и сохранялась таковой 6 месяцев и более.

**МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА является помощником врача.** Ее обязанности на каждом этапе формирования приверженности подробно описаны в последующих разделах. В зависимости от формы организации работы КДК она может самостоятельно осуществлять выдачу препаратов и проводить консультирование пациентов даже в отсутствие врача. В большинстве случаев на нее возлагается обязанность мониторинга своевременности получения препаратов, вызова пациентов на обследование. В последние годы в ряде стран с низким уровнем экономического развития достигнуты огромные успехи в лечении ЛЖВ и произошло это благодаря грамотной организации работы и самоотверженному труду квалифицированных медицинских сестер. Медицинские сестры КДК должны иметь базовые знания в области ВИЧ-инфекции, понимать значение лабораторных показателей, стандартов наблюдения и лечения (национальные рекомендации), а также должны быть подготовлены к проведению консультирования по приверженности. Обычно на медицинских сестер возлагается большой круг обязанностей: забор материала для лабораторного исследования, ведение разнообразной документации (журналы учета, амбулаторные карты), обеспечение соблюдения санитарно-эпидемиологических норм. Однако нельзя недооценивать их роль и возможности в поддержании пациентами приверженности, потому что ни для кого не секрет, что иногда доверительные отношения между ними и пациентами достигаются быстрее, чем между пациентами и врачами.

**Равный КОНСУЛЬТАНТ/СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК**  
**Равное консультирование в области ВИЧ-инфекции определяется как конфиденциальный диалог между ВИЧ-положительным клиентом и консультантом, имеющим личный опыт жизни с ВИЧ. Целью равного консультанта является помощь человеку в преодолении стресса (принятии диагноза, снижении уровня внутренней стигмы), а также помощь в принятии личных информированных решений, связанных с позитивным статусом.**

Часто предполагается, что опыт жизни с ВИЧ является обязательным условием для равного консультанта, а основная цель видится как принятие решений, связанных со стигмой и дискриминацией. Вместе с тем, консультирование будет более эффективным, если консультанты будут принимать во внимание свои цели в более широком контексте, учитывая все аспекты процесса консультирования в целом и равного консультирования в частности. Ключевым словом в определении является слово «диалог». Идея диалога подразумевает установление особых «я – ты» отношений между консультантом и клиентом. При таком подходе консультант не является экспертом в вопросах жизни с ВИЧ, а видит в человеке, сидящем напротив, отражение своей истории. Именно эта общая история переживаний, связанных с получением диагноза, связывает консультанта и клиента. Наличие опыта жизни с ВИЧ является преимуществом в равном консультировании, но не гарантирует успех.

Базовым условием для равного консультирования является наличие у консультанта определенных личностных качеств, знание и соблюдение принципов консультирования. Личные качества консультанта в сфере ВИЧ-инфекции описываются в специализированных пособиях.

Консультант должен обладать определенными знаниями, которые в сочетании с опытом жизни с ВИЧ позволят эффективно консультировать.

Основные области знаний равного консультанта (минимальный перечень):

1. Владение навыком применения различных стратегий консультирования.
2. Понимание сути процесса «преодоления стресса». В современной кризисной психологии под преодолением стресса понимается процесс взаимодействия человека с трудной ситуацией, результат которого зависит от представлений о ситуации и оценки собственных ресурсов. Это важно, так как задачей консультанта является, во-первых, сформировать адекватное представление о болезни, а во-вторых, найти и активизировать все имеющиеся у клиента ресурсы, для того чтобы человек установил контроль над происходящим. Осмысление ситуации и установление контроля позволяет восстановить человеку психологическое благополучие.
3. Умение диагностировать депрессию, возможность суицида, тревожные расстройства.
4. Принимая во внимание тот факт, что для преодоления стресса и принятия адекватных

решений человеку необходимо как минимум владеть информацией о ситуации, с которой он столкнулся, равный консультант должен иметь адекватные знания о ВИЧ-инфекции и лечении.

5. Консультанту необходимо принимать во внимание профилактические цели (сдерживание эпидемии). В процессе консультирования стоит уделить внимание навыкам позитивной профилактики.<sup>2</sup>
6. С целью развития навыков профилактики у клиента необходимо уметь предоставить необходимую информацию о ко-инфекциях и их лечении (гепатит, туберкулез).
7. Знать национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции, порядок диспансерного наблюдения.
8. Владеть информацией о социальных службах помощи.

**Необходимо помнить о том, что передача знаний о ВИЧ является лишь условием для достижения обозначенных целей, а не целью консультирования. Опыт жизни с ВИЧ является хорошим инструментом в достижении целей, но наличие опыта не делает автоматически человека, живущего с ВИЧ, равным консультантом. Чтобы быть равным консультантом, необходимо обладать, прежде всего, определенными личностными качествами, соблюдать принципы консультирования, иметь знания в областях, обозначенных выше, постоянно обновлять информацию о лечении ВИЧ и верить в возможность улучшения ситуации.**

В целом мероприятия по поддержке приверженности могут осуществляться на уровне пациента, на уровне лечения, на уровне оказания медицинской помощи, на уровне социального окружения. Общими действиями команды для достижения приверженности лечению АРВТ на каждом уровне могут являться:

#### **А. Воздействие на уровне пациента/клиента**

- Достижение хороших отношений с пациентом.
- Информирование пациента о болезни и ее течении.
- Оценка и определение готовности пациента принимать лекарства.
- Обсуждение с пациентом цели терапии и ее результатов.
- Понятное объяснение пациенту, что первоначальная схема имеет лучшие шансы на долгосрочный успех.
- Проверка того, насколько пациент понимает и реализует план лечения.

<sup>2</sup> Позитивная профилактика – целостный подход, основанный на правах человека, объединяющий рекомендации и мероприятия по трем основным направлениям: 1) защита сексуального и репродуктивного здоровья; 2) замедление развития иммунодефицита и улучшение здоровья; 3) снижение риска передачи ВИЧ.



- Обсуждение важности влияния резистентности ВИЧ на будущее.
- Использование наглядных пособий и аудио-, видеоисточников и информации для пациентов с низким уровнем понимания.
- Оценка поведенческих навыков (целеполагание, планирование, асертивность/общительность, решение проблем и т. д.) и оценка поведенческих причин недостаточной приверженности (ежедневная рутина; семейные/социальные отношения и обязанности; планы поездок и т. д.).

### **В. Воздействие на уровне оказания медицинской помощи/уровень лечения**

- Применение индивидуальной схемы для каждого пациента после полного обсуждения ее достоинств и недостатков.
- Учет индивидуальной переносимости АРВП пациентом. Кратность приема.
- Клиент/пациент должен владеть информацией о вероятных побочных эффектах перед началом терапии. «Предвидение» побочных эффектов врачом повышает уверенность пациента в компетентности врача и, следовательно, повышает приверженность.
- Прогноз относительно развития побочных эффектов и своевременное принятие мер по их преодолению.
- Изменение привычек питания в соответствии с приемом препаратов.
- Избегание неблагоприятных лекарственных взаимодействий между препаратами и лекарствами, используемыми для лечения побочных эффектов и других симптомов.
- Своевременное выявление и немедленное лечение любых сопутствующих заболеваний и оппортунистических инфекций.

### **С. Воздействие на уровне оказания медицинской помощи/уровень оказания услуг**

- Взаимодействие с клиентом с позиции ментора (учителя) и информационного источника с постоянной поддержкой и мониторингом.
- Обеспечение доступа к информации между визитами по любым проблемам или вопросам, в том числе во время отпуска (например, путем предоставления номера мобильного телефона и т. д.).
- Сопутствующие медицинские, хирургические или психологические заболевания (например, болезнь печени, истощение, химическая зависимость) могут отрицательно повлиять на соблюдение режима и вызвать необходимость изменений в тактике управления приверженностью.
- Обеспечение специфического обучения для членов команды и периодическое обновление команды.

### **Д. Воздействие на уровне социального окружения**

Опасение социальной изоляции является сильным препятствием для соблюдения приверженности, так как

пациент старается скрыть прием лекарств перед другими. Это является трудностью, особенно при использовании сложных схем. Таким образом, психологическая поддержка со стороны семьи и друзей является важным фактором.

- Привлечение семьи и друзей для поддержания плана лечения.
- Разработка связи с местными общественными организациями, которые обеспечат обучение (уроки) и практические стратегии относительно приверженности.
- Поощрение организации группы поддержки, которая помогает другим в преодолении ситуации.
- Поиск средств на дорогостоящие лекарства через благотворительные фонды и неправительственные организации.
- Помощь в обеспечении профессиональной реабилитации.
- Перечисленные области воздействия являются общими ориентирами деятельности для всех членов междисциплинарной команды, в то же время каждый из специалистов должен знать цели и методы их достижения в рамках своей специализации.

## **Литература**

1. Карпов И.А., Василенко А.И., Падуто Д.С., Еремин С.В. Метод оптимизации обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2012 г., регистрационный номер 240-1212.
2. Позитивная профилактика: стратегии профилактики для людей, живущих с ВИЧ, в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. БОО «Позитивное движение», Минск, 2011.
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.10.2011 № 1037 «Инструкция о порядке организации работы консультативно-диспансерного отделения по ВИЧ-инфекции».
4. Руководство для равных консультантов по ВИЧ-инфекции и ППМР. «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West, AFEW), 2009.
5. Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики. М., 2002.
6. Adherence to long-term therapies. World Health Organization, 2003.
7. Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR). Helen I. Meissner, Ph.D., Office of Behavioral and Social Sciences Research. Distinguishing among multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary team research. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. August 2011. National Institutes of Health.

### 2.3. Структурированная программа по формированию и поддержке приверженности

Трудностью в работе по приверженности является тот факт, что мало кто из клиентов формулирует запрос на ее формирование (клиент не просит «помочь ему правильно принимать препараты»). С целью наращивания потенциала организаций (учреждений здравоохранения, сервисов первичного доступа ЛЖВ и потребителей наркотиков и т. д.) в работе по приверженности лечению обнаружилась потребность применения структурированной программы, направленной на формирование и поддержку приверженности. Программа представляет собой базовый алгоритм работы с клиентом (минимальный пакет услуг по формированию приверженности).

В настоящее время основанием для действий по формированию и поддержке приверженности лечению является модель «информация – мотивация – поведенческие навыки» (IMB model). Информация является предпосылкой для изменения поведения, но только предоставления информации недостаточно для достижения изменений, мотивация и поведенческие навыки – неотъемлемые компоненты. Таким образом, консультант, работая над формированием приверженности, может реализовывать стратегии, направленные на повышение осведомленности клиента в вопросах лечения, а также на формирование готовности к соблюдению режима лечения и конкретных поведенческих навыков.

**Целью программы формирования приверженности является** контроль соблюдения режима лечения, в том числе соблюдение режима наблюдения (посещения врача, своевременность прохождения обследований и др.).

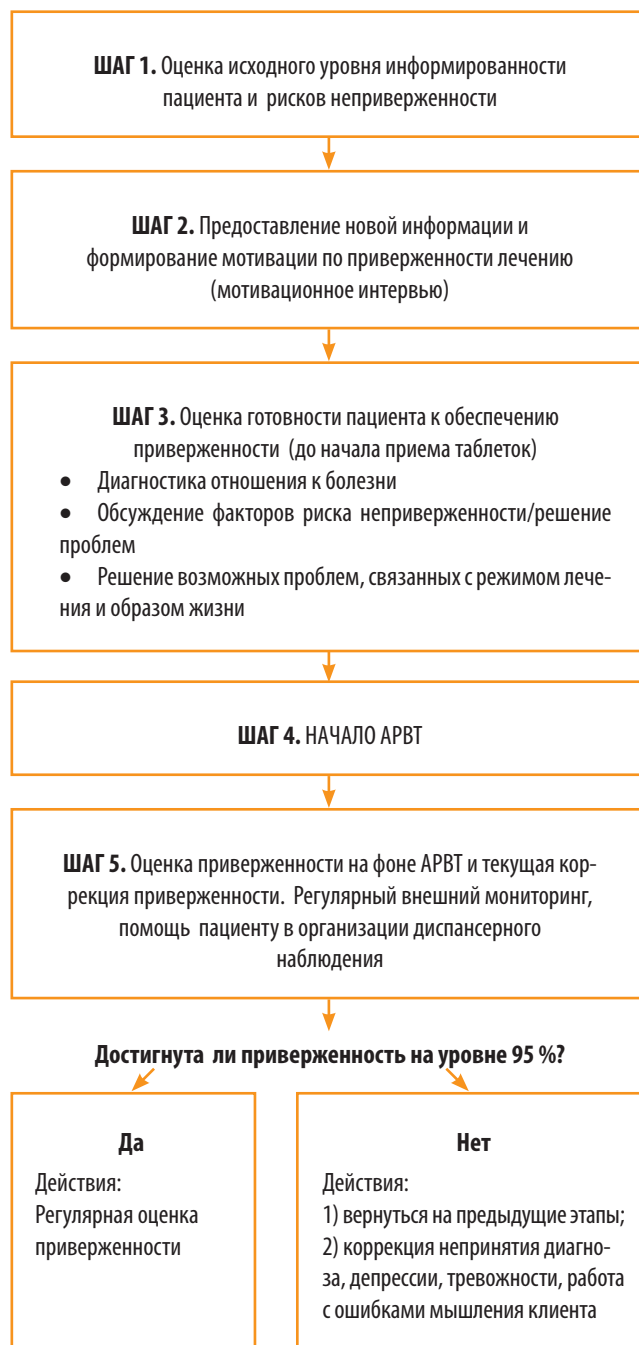
Программа основана на положении о том, что четыре взаимосвязанных фактора влияют на приверженность. Трудности с любым из них приведут к неприверженности.

1. **Знания и навыки:** о проблемах со здоровьем и необходимых мерах, которые можно самостоятельно осуществлять, механизмах действия лечения и важности приверженности.
2. **Вера и убеждения:** воспринимаемая тяжесть заболевания и восприимчивость к лечению, самоэффективность, ожидаемые результаты и стоимость затрат.
3. **Мотивация:** ценность, воспринимаемый успех (позитивные результаты усиливают мотивацию, а негативные воспринимаются как провал, что отражается на поведении и вызывает его изменение).
4. **Действия:** стимуляция адекватными сигналами, действия на основании информации, оценка, выбор адекватного поведения и доступные ресурсы.

**Базовые компоненты программы:**

1. Оценка осведомленности о болезни и лечении, оценка рисков неприверженности (дважды, до и после применения программы).

2. Информирование о болезни и лечении.
3. Обсуждение рисков неприверженности (принятие мер по решению проблем, являющихся факторами плохой приверженности).
4. Диагностика отношения к болезни, депрессии, риска суицида, тревожности, ошибок мышления (иррациональных суждений о болезни и здоровье).
5. Внешний мониторинг посещения врача-инфекциониста, необходимых обследований, своевременности получения препаратов.



**Рисунок.** Алгоритм работы по формированию и поддержке приверженности АРВТ

## ШАГ 1. Оценка исходного уровня информированности пациента и рисков неприверженности

Оценка может проводиться в виде беседы или в форме анкетирования: анкета «Оценка уровня информированности» (Приложение 3) и анкета «Оценка рисков неприверженности лечению» (Приложение 4, версия А и Б).

Полученная информация должна быть проанализирована для достижения успеха на следующих этапах.

## ШАГ 2. Предоставление новой информации и формирование мотивации по приверженности лечению

На этих этапах роль медицинских работников заключается в коротких беседах и ответах на интересующие вопросы. По мере ухудшения лабораторных показателей врач подводит пациента к осознанию необходимости начала терапии и пытается разрушить его неверные представления и опасения в отношении АРВТ. Прекрасной возможностью информирования являются тематические брошюры, но нужно поинтересоваться, есть ли условия для беспрепятственного их изучения дома или на работе. Выдавать их может медицинская сестра, оценивая потребности и исходную информированность.

Короткий курс обучения, направленный на подготовку пациента к лечению, проводимый равным консультантом или кейс-менеджером, приносит огромную пользу.

*Форма обучения:* 2–3 индивидуальных занятия длительностью от получаса до часа каждое. Согласно модели «информация – мотивация – поведенческие навыки» (IMB model) базовым компонентом является предоставление пациенту информации.

Информационная составляющая занятия охватывает следующие три темы («Три кита»). И хотя этот раздел предполагает однонаправленный поток информации (от консультанта к клиенту), всегда целесообразно поинтересоваться тем, что клиент уже знает.

### Кит 1. Основные сведения о ВИЧ-инфекции

- Вирусная природа ВИЧ.
- Развитие иммунодефицита (течение ВИЧ-инфекции).
- Меры предосторожности для предупреждения заражения других людей.
- Предупреждение повторного инфицирования.

### Кит 2. Практические стороны АРВТ

- Цели АРВТ, механизмы действия антиретровирусных препаратов:
  - Клиническая цель: улучшение качества и увеличение продолжительности жизни.
  - Иммунологическая цель: восстановление иммунной системы.

– Вирусологическая цель: максимально возможное снижение вирусной нагрузки (предпочтительно до < 50 копий/мл) в течение как можно более длительного времени с тем, чтобы остановить развитие болезни.

- Ежедневная схема приема препаратов.
- Правила приема препаратов (взаимосвязь с приемом пищи, другими препаратами).
- Правила хранения препаратов.
- Негативные последствия нарушения режимов приема и дозировок препаратов.
- Организация приема препаратов в случае, если пациент работает.
- Правила и график получения антиретровирусных препаратов.
- Побочные эффекты.

### Кит 3. Соблюдение режима АРВТ.

- Ответы на вопросы клиента/пациента.
- «Что делать, если...?» Следует подробно обсудить эту тему, включая ответы на вопросы, что делать, если пациент перепутал препараты или пропустил прием препарата, как поступить при появлении побочных эффектов, не позволяющих продолжить лечение.
- Резистентность.

Информация по каждому блоку может быть предоставлена пациенту в виде брошюры (Приложение 13).

**Практические занятия и проверка полученных знаний. Важно не то, чему мы учили, а то, чему научили. Необходимо пользоваться простым языком, проверять степень понимания информации, предлагая собеседнику повторить основные детали, а также добиваться ответов. Полезно строить обсуждение, затрагивая вопросы, непосредственно касающиеся клиента и его предшествующего опыта, а не вдаваться в теоретические рассуждения.**

## ШАГ 3. Оценка готовности пациента к обеспечению приверженности (до начала приема таблеток)

Начало АРВТ и оценка готовности пациента к соблюдению режима приема лекарств является, возможно, самым ответственным этапом во всем лечении.

Как известно, первая схема – лучшая схема. На современном этапе она обычно самая простая для приема с позиции количества таблеток, кратности и диетологических рекомендаций. Практика показывает, что если не удалось сформировать высокую приверженность на этапе начала АРВТ, потом это сделать крайне сложно.

На этом этапе **медицинским работникам** необходимо выполнить ряд обязательных процедур, которые также можно считать частью консультирования, так как оно с неизбежностью их сопровождает.

1. Получение информированного согласия пациента на начало АРВТ.

2. Выдача препаратов (ознакомление с их фирменным названием, внешним видом упаковки и т. д.).
3. Ознакомление с режимом приема препаратов, возможными побочными эффектами.
4. Обсуждение расписания последующих визитов (для получения препаратов и лабораторного контроля).

По причинам, которые уже неоднократно упоминались (раздел 2.2), начало АРВТ невозможно без информированного согласия пациента. Хотя сама по себе процедура получения письменного согласия на начало лечения нигде не оговорена, ее стоит осуществлять. Во-первых, АРВТ может по праву считаться сложным терапевтическим вмешательством, и, во-вторых, сам процесс подписания согласия подчеркивает ответственность этого шага и соответствующим образом настраивает пациента. Текст согласия должен содержать обязательство пациента строго следовать предписанному режиму приема препаратов и медицинского наблюдения. Процедуру подписания может выполнять врач или медицинская сестра в зависимости от нагрузки и распределения обязанностей, но именно врач должен ответить на все вопросы пациента, в особенности на те, что находятся исключительно в его компетенции. В частности: почему лечение уже нужно начинать, почему предпочтение отдано именно этой схеме. Пациент должен получить весь объем необходимой ему информации, который во многом определяется его образовательным цензом и исходной информированностью. Нельзя исключить, что в ряде случаев придется дать возможность пациенту, у которого есть такая потребность, принять участие в выборе схемы с учетом потенциальных побочных эффектов, образа жизни. Но перечень схем, из которых этот выбор возможен, в любом случае, формулирует врач с учетом современных рекомендаций, ко-инфекций, других сопутствующих заболеваний, лекарственных взаимодействий, профиля резистентности, наличия препарата и т. д. К подобному диалогу готовы далеко не все врачи и не только из-за отсутствия времени. Если работа КДК организована таким образом, что из-за большой нагрузки врач, скорее всего, не сможет повторно беседовать о выборе схемы, то остальные члены команды должны быть информированы о содержании консультирования на этапе начала АРВТ, чтобы транслируемая ими информация находилась в том же русле, и пациент не получал противоречивые сведения.

Выдача препаратов и знакомство с их внешним видом обычно осуществляется медицинской сестрой. В идеале, следует попытаться обучить пациента узнавать свои препараты по их международным номенклатурным названиям (МНН) вне зависимости от фирменного названия. Тогда при появлении новой фирменной упаковки пациент будет осознавать, что продолжает получать ту же схему, что является отражением стабильности состояния его здоровья. Иногда на это потребуются время. Некоторые пациенты так и не смогут выучить названия лекарств, а будут указывать внешний вид таблетки и сколько раз в день она принимается.

Режим приема препаратов – это важнейшая информация, она не может быть просто озвучена. Пациент обязательно должен получить ее письменный источник на понятном ему языке (в идеале, отпечатанный текст, хуже – рукописный вариант, но обязательно разборчивым почерком). Листовка с прописью должна содержать название препарата, количество таблеток, часы приема. Название препарата желательно дать в двух вариантах – МНН и фирменное. Часы приема надо обсудить на этапе интегрирования схемы в повседневную жизнь пациента и затем вписать в листовку. После получения предписания и лекарств стоит попросить пациента вслух прочитать текст со схемой и, указав на соответствующие упаковки лекарств, рассказать, как он будет их принимать. Этот этап обучения первично должна проводить медицинская сестра или другое лицо, на которое возложена ответственность за консультирование по приверженности. Пациент не должен уйти из КДК, пока медицинские работники не удостоверятся, что он однозначно правильно понял режим приема препаратов. Целесообразно ознакомить пациента с теми побочными эффектами, которые могут наступить, и тем, как на них реагировать. Необходимо подчеркнуть, что выраженные побочные эффекты могут и не наступить, с другой стороны, легкие и умеренно выраженные побочные эффекты вполне закономерны, свойственны всем препаратам, и со временем к ним произойдет привыкание.

Исследования показали, что использование такого несложного и недорогого предмета, как таблетница, способно существенно повысить приверженность.

Первый раз АРВП не должны выдаваться более чем на месяц. Необходимо еще раз акцентировать внимание пациента на недопустимости пропуска приема препаратов, в том числе и по причине их отсутствия. Визиты к врачу надо планировать заранее. Обычно это делается с участием медицинской сестры, которая составляет режим работы КДК (в том числе процедурного кабинета и лаборатории) с графиком пациента и календарем (выходные дни, переносы и т. п.) В случае, когда лабораторный контроль не предусмотрен, посещение планируется за 3–5 дней до того, как закончатся препараты. При необходимости лекарства иногда могут получать доверенные лица, круг которых надо оговорить. Если предполагается контрольное определение вирусной нагрузки (ВН), то визит планируют за столько дней, сколько обычно требуется для получения результатов этого исследования. Полученный результат ВН может наряду с регулярностью визитов за препаратами свидетельствовать о приверженности лечению, а также может стать поводом к решению о замене схемы АРВТ.

Пациент обязательно должен получить контактную информацию КДК, куда он вправе обратиться по телефону или лично без предварительной записи в случае наступления побочных эффектов или возникновения любых вопросов по поводу лечения. Медицинские работники должны с пониманием относиться к повторным обращениям и даже поощрять их, так как речь идет об очень важном аспекте оказания помощи, и пациент может не справиться с усвоением



всего объема новой информации даже будучи молодым, образованным и без какой-либо зависимости. Большим преимуществом является возможность направления пациента к равному консультанту или другому сотруднику, на которого в команде возложена обязанность консультирования по приверженности, так как в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и расширенного доступа к АРВТ нагрузка на врача и медицинскую сестру может не позволить им уделить достаточное время формированию приверженности.

Для пациентов, имеющих множественные причины для низкой приверженности (зависимости, сложные финансовые и жилищные обстоятельства, снижение интеллектуально-мнестических функций и т. д.), лучшим способом ее формирования является индивидуальное сопровождение кейс-менеджером.

**Целью работы равного консультанта (социального работника) является выявление возможных трудностей в соблюдении режима приема препаратов.**

Методы: беседа, анкетирование (анкета «Риск неприверженности»), применение техники мотивационного интервью; консультирование, направленное на решение (Приложения 1–4).

**Во-первых**, социальный работник должен убедиться, что у клиента в письменной форме имеется описание ежедневной схемы приема препаратов с указанием

- 1) названия каждого препарата,
- 2) его дозы,
- 3) количества таблеток (капсул) на один прием,
- 4) времени приема,
- 5) зависимости приема препарата от приема пищи,
- 6) возможных побочных эффектов,
- 7) возможных нарушений состояния здоровья, при которых следует немедленно обратиться к врачу.

Следует дать указания по правилам использования и хранения препаратов. Важно, чтобы клиент хорошо понимал вопросы, обозначенные выше.

Необходимо рекомендовать и отработать навыки заполнения таблицы «Динамика состояния здоровья» (Приложение 8).

**Во-вторых, важно выяснить:**

- каковы бытовые условия, включая возможность уединения;
- наличие условий для безопасного хранения препаратов;
- наличие у пациента опасений, что о его ВИЧ-статусе узнают домашние или коллеги;
- режим дня, особенности питания;
- наличие психических расстройств и проблем, связанных с употреблением наркотиков и/или злоупотреблением алкоголем;
- наличие клинических проявлений, в том числе тошноты, рвоты и диареи;
- наличие других факторов, которые могут мешать лечению, например, финансовые затрудне-

ния, уход за ребенком, юридические или иммиграционные проблемы.

Необходимо выявить отношение к болезни, обсудить с клиентом факторы риска неприверженности, разработать план их решения. Решить возможные проблемы, связанные с режимом лечения и образом жизни.

Соблюдение режима АРВТ на начальном этапе лечения зависит:

- от уровня стресса, которому подвержен пациент (если есть сомнения, можно провести анкетирование по оценке уровня стресса);
- веры в эффективность терапии;
- осознания преимуществ, которые дает терапия, и ограничений, связанных с приемом препаратов;
- наличия социально-психологической поддержки;
- наличия неблагоприятных прогностических факторов низкой приверженности (см. выше).

**Оптимизация приверженности лечению в первые 4–6 месяцев после начала АРВТ является решающим фактором, обеспечивающим долговременную иммунологическую и вирусологическую эффективность АРВТ.**

Исследования, проведенные для оценки эффективности различных методик повышения приверженности, показали наибольшую эффективность консультирования пар (сероконкордантных и дискордантных) и методики еженедельных телефонных звонков пациенту с индивидуально построенной беседой по приверженности (S.R. Smith, 2003). Различного рода внешние напоминания (будильник, мобильный телефон), создание связи между приемом препарата и каким-либо регулярным явлением (чистка зубов по утрам) могут улучшить приверженность у пациентов с нарушением памяти, но не влияют на эффективность лечения у пациентов без такового.

**В процессе консультирования пациента по проблеме возникновения побочных эффектов консультанту необходимо:**

- Убедить пациента в том, что симптомы будут постепенно уменьшаться в течение первого месяца.
- Дать ориентир не прекращать прием и не снижать дозу препаратов без предварительного обсуждения с врачом.
- Предложить приостановить прием иных, менее важных, медикаментов. В случае, если обсуждение приема других препаратов не произошло во время назначения АРВТ, необходимо срочно связаться с врачом для определения возможности лекарственных взаимодействий, которые могли стать причиной появления побочных эффектов.
- Обсудить проблемы адекватного питания. Возможно, что с началом приема АРВП пациенту придется пересмотреть свое отношение к питанию и сделать его более регулярным и здоровым. Это может значительно уменьшить проявление

побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и центральной нервной системы (ЦНС). В большинстве случаев лучше принимать АРВП во время или сразу после еды (кроме ddl, EFV).

- Обсудить с врачом назначение средств, уменьшающих побочные эффекты.
- Убедиться в правильности принимаемой дозы (назначение/прием).
- Опросить пациента на предмет выявления симптомов панкреатита, гепатита или иных проблем с ЖКТ, ЦНС.

Если терапия назначена менее 6 месяцев назад и имеются побочные эффекты, стоит научить клиента вести записи по следующей форме (брать с собой к врачу).

**Таблица 1.** Метод контроля приема АРВП и возникновения побочных эффектов

Название препарата	Время приема препарата	Время приема пищи	Описание самочувствия

**Отношение к болезни является важным фактором, влияющим на приверженность лечению.** Чем более адекватно отношение пациента к болезни, тем ниже риск неприверженности. В рамках междисциплинарного подхода диагностику отношения к болезни осуществляет психолог. В контексте ВИЧ-инфекции важно также выявить особенности прохождения этапов принятия диагноза (адаптации к диагнозу). Лечение АРВП может быть назначено в момент, когда пациент проходит один из этапов принятия диагноза. С этой точки зрения на приверженность будут влиять те чувства и мысли, которые характерны для того или иного этапа. П. Феннел (2003) описала четыре фазы преодоления стресса в связи с хроническим заболеванием.

1. *Фаза кризиса.* Характеризуется переживанием острой тревоги, настоятельной потребности в облегчении страдания (обычно в начале заболевания). Может наблюдаться как погруженность в мысли о болезни и как ее отрицание в результате действий механизмов психологической защиты. Основные задачи пациента в этой фазе – справиться с психической травмой, нанесенной началом заболевания и связанными с ним потерями. Фактически начало заболевания подразумевает глобальную утрату – не только здоровья как такового, но и многих жизненных планов. В рамках данного этапа распространен подход понимания болезни как утраты (стадии переживания горя Э. Кюблер-Росс, 1969): шок и отрицание; гнев, чувство несправедливости судьбы, враждебность по отношению к окружающим людям; фаза «торговли», попытка «заключить сделку» с судьбой; депрессия; смирение, принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии.

2. *Фаза поиска стабилизации* характеризуется постепенным формированием более рационального

отношения к болезни, поиском поддержки и эффективных способов лечения, ощущением частичного контроля над ситуацией. Однако, в целом, пациент все еще не способен справиться с неопределенностью в связи с заболеванием и смириться с тем, что оно носит хронический характер. Основные задачи в этой фазе – начать работу по достижению стабилизации, изменению образа жизни и ее восприятия, изменению системы представлений и установок.

3. *Фаза разрешения* связана с началом принятия пациентом факта болезни, осознания ее хронического характера и неизбежности периодических обострений. Пациент начинает понимать проявления и закономерности течения болезни, осваивает методы ее контроля и профилактики обострений. Основные задачи пациента в этой фазе – переосмысление жизни в ситуации болезни, поиск новых жизненных ориентиров, принятие факта неизлечимости заболевания.

4. *Фаза интеграции* вне зависимости от фазы течения заболевания (стабилизация, ремиссия, обострение) предполагает установление связи между «Я до болезни» и «Я теперь», между жизнью до кризиса и жизнью после кризиса. Пациент находит новые точки опоры в жизни. Основные задачи пациента в этой фазе – найти способы удовлетворения актуальных потребностей, несмотря на болезнь; сформировать поддерживающее окружение; при необходимости изменить характер профессиональной деятельности, найти новый род занятий; осмыслить свою болезнь с философских, духовных, религиозных позиций.

Для диагностики отношения к болезни может быть использована методика «Психологическая диагностика типов отношения к болезни (ТОБОЛ)», авторы: И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей (Санкт-Петербург, 2005). Также в приложении содержится опросник, позволяющий сделать заключение об отношении пациента к болезни (Приложение 10).

После заключения психолога относительно стадии переживания болезни и особенностей отношения к болезни специалисты совместно вырабатывают план действий и осуществляют возможные меры коррекции.

В случае выявления факторов рисков неприверженности, связанных с бытовыми и социальными проблемами, целесообразно включить пациента в программу социального сопровождения. Социальное сопровождение не является просто «набором добрых дел» для клиента, а представляет собой технологию социальной работы.

Социальное сопровождение – профилактическая программа, направленная на снижение уровня рискованного поведения (незащищенный секс, отказ от лечения противоправные действия, агрессивное поведение и т. д.). Механизмом социального сопровождения является улучшение качества жизни каждого человека, столкнувшегося с ВИЧ.

**Социальное сопровождение – четко структурированный процесс, имеющий следующие этапы:**



Этап 1. Включение клиента в программу (установление контакта, формирование мотивации к изменениям в жизни).

Этап 2. Оценка ситуации и потребностей клиента (что нужно клиенту для налаживания повседневной жизни: восстановление документов, помощь в трудоустройстве и т. д.).

Этап 3. Разработка индивидуального плана (клиент и кейс-менеджер прописывают конкретные шаги для достижения задач).

Этап 4. Процесс сопровождения (кейс-менеджер направляет клиента в организации, в которых ему могут помочь решить его проблемы, например биржа по труду, паспортный стол, благотворительные учреждения и т. д.). Клиент самостоятельно осуществляет запланированные мероприятия.

Этап 5. Координация услуг и контроль качества (проводится мониторинг и оценка результатов сопровождения: что получилось, что не было достигнуто, какие дополнительные шаги необходимо предпринять).

Этап 6. Выход из программы (завершение программы и планирование дальнейших самостоятельных действий клиента).

Социальное сопровождение каждого клиента не является бессрочным, а длится определенный срок.

Социальное сопровождение пациента/клиента может являться основным видом деятельности социального работника в команде. Если при инфекционной службе нет специалистов, осуществляющих социальное сопровождение, следует найти ресурсы в рамках межведомственного взаимодействия (общественные организации, социальные службы и т. д.).

## Литература

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. Санкт-Петербург, 2011.
2. Карпов И.А., Василенко А.И., Падуто Д.С., Еремин С.В. Метод оптимизации обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2012 г., регистрационный номер 240-1212.
3. S.R. Smith, J.C. Rublein, C. Marcus, T.P. Brock, M.A. Chesney A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. Patient Education and Management 50 (2003) 187–199.

## ШАГ 4. Начало АРТ

Вопрос о назначении АРВТ должен рассматриваться индивидуально, с учетом имеющихся рекомендаций (как национальных, так и международных), потребностей и готовности пациента.

Необходимо время для подготовки пациента, чтобы повысить его информированность и обеспе-

чить приверженность (шаги 1–3, описанные выше). Однако в ряде случаев лечение должно начинаться быстро, и времени на качественную подготовку просто нет. Чаще всего это связано с продвинутой стадией болезни, которая может сопровождаться различными нарушениями деятельности центральной нервной системы. Иногда пациенты не в состоянии принять информированное согласие о начале лечения из-за своего состояния (например, при ВИЧ-деменции, диссеминированном туберкулезе с поражением ЦНС). В этом случае по мере нормализации состояния пациента работой по формированию приверженности должны заниматься сотрудники стационара, при необходимости привлекая равных консультантов и смежных специалистов (психиатров, наркологов), а также родственников и друзей, информированных о состоянии пациента и способных ему помочь.

Проведение АРВТ регламентировано протоколами, основанными на результатах научных исследований. Список АРВП, применяемых в Беларуси (на 01.11.2013), приведен в Приложении 5.

Консультант должен быть знаком со следующими стандартами по лечению:

### 1. Рекомендации ВОЗ.

Лечение и помощь при ВИЧ/СПИД, Клинические протоколы для Европейского региона, ВОЗ, 2007, 2011, 2012 г.

Консолидированное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, пересмотр 2013 года. Всемирная организация здравоохранения.

### 2. Рекомендации Европейского клинического общества по СПИД (European AIDS Clinical Society – EACS).

Рекомендации EACS. Версия 6-1. Европейское Клиническое Общество СПИД (EACS), ноябрь, 2013 г.

3. **Национальные протоколы.** «Метод оптимизации обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков» (2012 г.). «Метод ведения пациентов с сочетанной инфекцией: гепатиты В, С и ВИЧ-инфекция» (2012 г.) и др.

### 4. Особые рекомендации (например, рекомендации о резистентности, препаратах и т. д.).

Выдержка из национальных рекомендаций, посвященная показаниям к началу АРВТ, содержится в Приложении 6.

**Важно помнить, что рекомендации постоянно меняются. Национальные протоколы чаще всего обновляются вслед за рекомендациями ВОЗ и других авторитетных организаций. В ряде случаев решение о начале АРВТ или выборе схемы может быть принято консилиумом специалистов на индивидуальной основе с учетом всех имеющихся обстоятельств и рекомендаций.**

## ШАГ 5. Оценка приверженности во время АРВТ и ее текущая коррекция

После начала АРВТ на протяжении всего последующего наблюдения команда специалистов должна объективно оценивать приверженность, выявлять факторы, негативно на нее влияющие, и осуществлять мероприятия по ее оптимизации.

Информация, как компонент IBM модели, является предпосылкой для изменения поведения, но сама по себе недостаточна, для достижения изменений необходимы мотивация и формирование поведенческих навыков. Процесс воздействия на когнитивную функцию клиента предусматривает диалог с ним, обсуждение его мотивации к лечению, существующих барьеров перед достижением высокой приверженности. По результатам исследований наиболее эффективным воздействием в сфере приверженности лечению у пациентов с хроническими заболеваниями является обучение их навыкам самоуправления, то есть способности самостоятельно решать стоящие перед ними проблемы для достижения поставленных целей (Kate R. Lorig, Halsted R. Holman, 2003). Выделяют три компонента самоуправления:

1. Самоконтроль.
2. Постановка цели.
3. Мотивирование.

В контексте консультирования по приверженности самоконтроль предполагает определение индивидуальных препятствий перед достижением оптимальной приверженности. Пациенту предлагают записывать все случаи нарушения приема препаратов и то, что к ним привело (вечеринка с друзьями, срочная командировка, боли в животе и пр.). Целями этого вида деятельности являются диагностика причин неприверженности, самооценка прогресса в достижении поставленной цели, повышение способности к самостоятельному преодолению трудностей. Обратная связь с консультантом происходит при обсуждении записей.

Постановка целей является многоступенчатым процессом. Цель должна быть ближайшей, реально достижимой. После ее достижения должна устанавливаться следующая цель. Например: «добиться снижения ВН к следующему визиту», затем – «добиться неопределяемой ВН», затем – «поддерживать ВН на неопределяемом уровне». Или – «принять на этой неделе 80 % пред-

писанных доз», затем – «в следующем месяце принять 90 % предписанных доз», затем – «в следующем месяце принимать 100 % лекарств». Предполагается, что достижение ближайшей цели приводит к удовлетворению, поддерживает самооценку и свидетельствует о способности пациента эффективно действовать.

Мотивация пациентом самого себя не обязательно предполагает высокие умозрительные цели. Как то: «Я буду регулярно принимать препараты и тогда достигну неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ и, следовательно, проживу долгую полноценную жизнь». Человек вправе назначить самому себе награду за достижение намеченной ближайшей цели (см. выше). Например, «Если я не допущу пропуска в приеме препаратов в следующем месяце, я приглашу друга в ресторан», или «..., куплю себе...», или «..., съезжу в путешествие» и т. д.

Проблема соблюдения доз и времени приема препаратов у людей, которые уже принимают АРВТ, связана с несколько иными проблемами, чем в начале приема:

- депрессия, потеря заинтересованности в лечении, ухудшение долгосрочных результатов;
- изменения в диете, коррекция побочных реакций, соблюдение доз и времени приема препаратов.

**Снижение приверженности с течением времени, даже среди пациентов, у которых соблюдение было оптимальным, – это нормально. Это явление называется «усталость от таблетки или усталость от лечения». Снижение приверженности может также стать результатом изменения условий жизни, появления новых личных обстоятельств (рождение ребенка, проблемы в межличностных отношениях, новая работа, место жительства, возобновление употребления наркотиков и т. п.) Регулярный и интенсивный мониторинг является решением этой проблемы.**

Если приверженность снизилась или лечение прервано, приходится начать все сначала и прибегнуть к следующим методам:

- мотивационное интервью,
- консультирование, направленное на решение,
- помощь психолога в принятии диагноза,
- налаживание коммуникации с лечащим врачом.

## 2.4. Регулярный внешний мониторинг, помощь пациенту в организации диспансерного наблюдения

**1. Социальный работник должен способствовать установлению доверительных отношений между врачом и пациентом.** Становясь членом команды, оказывающей медицинскую помощь, социальный работник должен подчиняться требованиям субординации и соблюдать принципы деонтологии, практикуемые в учреждениях здравоохранения. Даже если социальный работник считает, что действия врача

недостаточны/некорректны, то ни в коем случае нельзя говорить об этом клиенту. Все возникающие вопросы должны разрешаться внутри команды. Действия социального работника должны строиться на понимании того факта, что пациенту предстоит длительное взаимодействие с врачом и медицинской сестрой. Клиент должен иметь позитивную установку в отношении медицинской службы.

2. Социальный работник должен хорошо знать систему оказания медицинской помощи ЛЖВ в Беларуси. В настоящее время медицинская помощь регламентирована постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 октября 2009 г. № 109 «Об утверждении Инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека», где рассмотрен общий алгоритм организации помощи ЛЖВ. Вопросы, связанные с АРВТ, подробно изложены в документе «Метод оптимизации обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков» (2012 г.).

**Далее представлены основные компоненты диспансерного наблюдения, на которые стоит обращать внимание при работе с клиентом, а также необходимо осуществлять мониторинг их выполнения. Каждый социальный работник должен знать следующие основные положения (выдержки из 2 упомянутых выше документов):**

**Положение 1.** Диспансерное наблюдение ЛЖВ осуществляется специалистами в кабинетах инфекционных заболеваний поликлиник, консультативно-диспансерных кабинетах областей, консультативно-диспансерном отделении по ВИЧ-инфекции УЗ «Городская инфекционная клиническая больница» г. Минска.

**Положение 2.** При постановке на диспансерный учет по поводу ВИЧ-инфекции (выявлении ВИЧ-инфекции) проводится первичное обследование (тщательный сбор личной, семейной истории, медицинский анамнез); объективный осмотр; лабораторные и инструментальные исследования; специальные исследования и консультации других специалистов (если необходимо). После постановки диагноза информация под грифом ДСП может быть направлена в поликлинику по месту жительства в случае запроса поликлиники или по просьбе пациента. В некоторых регионах существует практика извещения врача-инфекциониста поликлиники.

**Положение 3.** Далее ЛЖВ регулярно в течение жизни проходят плановые обследования.

**Основные задачи плановых обследований ЛЖВ, до начала антиретровирусной терапии:** определение состояния здоровья, выявление показаний к АРВТ; выявление вторичных заболеваний.

## Основные показатели уровня здоровья ЛЖВ: число CD4-лимфоцитов и вирусная нагрузка

### Подсчет числа CD4-лимфоцитов

Повторять каждые шесть месяцев, за исключением случаев получения неожиданных результатов или появления непредвиденных состояний (например, выявление оппортунистических инфекций). Количество CD4-лимфоцитов является определяющим показателем для начала АРВТ.

### Вирусная нагрузка

Если возможно, необходимо определять с той же периодичностью, что и число CD4-лимфоцитов. Контроль ВН ВИЧ необходим для определения эффективности АРВТ. Сама по себе ВН ВИЧ не влияет на решение о начале АРВТ. Желательно определить ВН ВИЧ при начале АРВТ, чтобы иметь точку отсчета для определения скорости ее снижения.

Частота и объем плановых обследований пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ВИЧ-инфекции, определена в национальных протоколах. В протоколах указана периодичность необходимых обследований:

- клинический осмотр,
- определение уровня CD4-лимфоцитов,
- определение вирусной нагрузки,
- общие лабораторные исследования,
- исследование на маркеры вирусных гепатитов,
- туберкулиновая проба,
- осмотр гинеколога,
- диагностика оппортунистических заболеваний (ЦМВ-инфекция, токсоплазмоз и др.).

Всем пациентам с числом лимфоцитов CD4 < 200/мкл необходимо проводить медикаментозную профилактику пневмоцистной пневмонии, профилактику туберкулеза 1 раз в 3–5 лет вне зависимости от количества CD4. Еще важнее тщательно следить за регулярностью приема препаратов для вторичной профилактики ОИ после перенесенного заболевания.

**Положение 4.** Социальный работник должен владеть базовыми знаниями об АРВП. Следует отметить важность приверженности, для того чтобы как можно дольше сохранять схему АРВТ 1-го ряда. Изменение схемы терапии после неудачи схемы 1-го ряда приводит к еще большим проблемам в соблюдении схемы лечения: большее число таблеток в сутки, побочные эффекты, специальная диета и т. д. Рекомендуются схемы АРВТ первого ряда – предпочтительные, альтернативные и приемлемые – представлены в Приложении 7.

**Положение 5.** Социальный работник должен владеть методами мониторинга АРВТ (см. подробнее следующий раздел). Необходимо рассмотреть возможность использования напоминающих устройств и обучить навыкам работы с ними.

**Таблица 2.** Простой способ напоминания и отслеживания приема лекарств

	Первая половина дня		Вторая половина дня	
	Препарат	Время приема	Препарат	Время приема
Понедельник				
Вторник				
Среда				

Важной стратегией формирования и поддержки приверженности является помощь пациенту при диспансерном наблюдении. В особых случаях консультант/социальный работник может использовать организацию внешнего мониторинга приверженности

лечению, целью которого является постепенное формирование навыка самоконтроля (Приложение 8).

## Мониторинг приверженности

Есть много методов измерения приверженности АРВТ: электронные системы (например, MEMS крышки), подсчет таблеток, результаты анализов, оценка врачами и самооценка по визуальной аналоговой шкале. Однако в клинической практике по-прежнему наиболее эффективный способ – просто спросить пациента в поддерживающей и непредвзятой манере, используя открытые вопросы. Большинство пациентов правдиво рассказывают о проблемах в приеме, когда их просто спрашивают.

Для получения наиболее достоверной информации 1) пациент должен знать, что ошибки в приеме препаратов возможны у любого, его не будут осуждать и ждут от него честного ответа; 2) необходимо проводить оценку за определенный период времени. Например, «У большинства людей, начинающих терапию, бывают пропуски в приеме препаратов. За последние две недели, сколько доз Вы пропустили?». Эти техники самоотчета позволяют пациентам осознать важность своей роли в достижении оптимального режима лечения.

## Методы мониторинга приверженности АРВТ

**1. Мониторинг лабораторных показателей** (R. Gross, 2006) является наиболее объективным методом (снижение вирусной нагрузки, достижение ею неопределяемого уровня через определенный промежуток времени и последующее сохранение на этом уровне). Подсчет CD4-лимфоцитов (процентное соотношение и абсолютное количество) дает менее информативный результат, так как у некоторых пациентов, в особенности при поздно начале лечения, рост числа CD4-лимфоцитов не происходит вообще или бывает очень медленным. Количество CD4-лимфоцитов – это следствие вирусной супрессии, которая в свою очередь является следствием приверженности лечению, поэтому оценка количества CD4, будучи сильно отсроченной, не помогает оптимизировать приверженность. Регулярность обследования определяется врачом с учетом конкретной клинической ситуации, доступности исследования, но, согласно национальным рекомендациям, должна проводиться не реже одного раза в 6 месяцев. Недостатки метода: отсутствие вирусологического ответа на лечение может быть связано не с низкой приверженностью, а с неправильно подобранной схемой (выбор АРВП, лекарственные взаимодействия) или с резистентностью ВИЧ.

Самоотчеты клиента: рассказ о количестве пропущенных доз за определенный промежуток времени (за последние 3, 5, 7 дней, последний месяц) или самооценка по визуально-аналоговой шкале (нахождение на шкале отметки, соответствующей проценту дней, когда лекарства принимались должным образом). Недостаток: очень субъективный метод, обычно пациен-

ты склонны преувеличивать свою приверженность. Исследования показывают, что более объективным методом является самооценка рейтинга приверженности лечению: «За последний месяц я пропускал прием лекарств: очень часто, часто, иногда, редко, очень редко, не пропустил ни разу». Более объективным является отчет клиента, ведущего дневник приема (или пропусков) препаратов.

**2. Подсчет таблеток** (социальный работник совместно с клиентом отслеживает количество выпитых таблеток и количество остатков за установленный период).

Оценивается качество соблюдения режима лечения при этом методе (подсчет таблеток) по формуле:

$$(A - B) : A \times 100\%,$$

где: А – количество таблеток, которые необходимо принять за 4 недели;

В – количество принятых за 4 недели таблеток.

Оценка: соблюдение режима на 95 % и более считается удовлетворительным. Соблюдение режима на 80 % и менее считается неудовлетворительным, так как быстро приводит к развитию резистентности. Для схем с ННИОТ оптимальной является приверженность >95 % (это означает, что при приеме самой удобной схемы, состоящей из одной таблетки в сутки (тенофовир+эмтрицитабин+эфавиренц), допускается только один пропуск в месяц!). Недостатком метода является его трудоемкость, он требует определенных гигиенических условий, далеко не все клиенты не забудут принести с собой таблетки.

Если у социального работника нет возможности непосредственно увидеть и посчитать остаток таблеток у клиента в текущий момент времени, можно использовать метод подсчета таблеток, но «со слов» клиента. Необходимо расспросить и записать, какое количество доз необходимо было принять за четыре дня и сколько доз было пропущено (Приложение 9).

**3. Оценка регулярности прихода за АРВП** (Saberli, 2008, Bisson, 2008) является наиболее объективным и нетрудоемким методом. Недостаток: иногда из-за заблаговременных приходов у пациентов накапливаются остатки препаратов, которые потом используются, но при длительном лечении одной и той же схемой это трудно отследить без электронной системы учета отпуска лекарств. Все три последних метода не позволяют оценить, как много доз было пропущено подряд. Периодически допускаемые пропуски одной дозы намного безопаснее пропуска нескольких доз подряд, что, по сути, является коротким перерывом в лечении, который существенно снижает эффективность схем, в первую очередь включающих эфавиренц или невирапин. Вопрос о перерывах в лечении (прекращение приема АРВП более чем на 48 часов) обязательно надо включать в вопрос пациента (Parienti J-J, 2008).

## Литература

1. Карпов И.А., Василенко А.И., Падуту Д.С., Еремин С.В. Метод оптимизации обследования и проведения антиретровирусной терапии у

- взрослых и подростков. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2012 г., регистрационный номер 240-1212.
2. Kate R. Lorig, Halsted R. Holman Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* August 2003, Volume 26, Issue 1.
  3. Parienti J-J, Das-Douglas M, Massari V, Guzman D, Deeks SG, et al. (2008) Not All Missed Doses Are the Same: Sustained NNRTI Treatment Interruptions Predict HIV Rebound at Low-to-Moderate Adherence Levels. *PLoS ONE* 3(7): e2783. doi:10.1371/journal.pone.0002783.
  4. R. Gross, B. Yip, Vincent Lo Re III, E. Wood, Ch.S. Alexander, P.R. Harrigan, D.R. Bangsberg, Julio S. G. Montaner, R.S. Hogg A Simple, Dynamic Measure of Antiretroviral Therapy Adherence Predicts Failure to Maintain HIV-1 Suppression *The Journal of Infectious Diseases* 2006; 194:1108–14.
  5. Saberi, P., Caswell, N., Amodio-Groton, M. and Alpert, P. (2008) 'Pharmacy-refill measure of adherence to efavirenz can predict maintenance of HIV viral suppression', *AIDS Care*, 20:6, 741–745.
  6. Bisson GP, Gross R, Bellamy S, Chittams J, Hislop M, et al. (2008) Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. *PLoS Med* 5(5): e109. doi:10.1371/journal.pmed.0050109.



## ЧАСТЬ 3. ОБЗОР СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

### 3.1. Побочные эффекты

Каждый лекарственный препарат оказывает лечебное воздействие, для которого его создавали. Помимо этого лекарства могут вызывать дополнительные эффекты, которые называют побочными. Иногда побочные эффекты могут оказаться весьма полезными, но в большинстве случаев они носят нежелательный характер.

Все лекарства, в том числе АРВП, имеют нежелательные эффекты, их выраженность зависит как от самих препаратов, так и от индивидуальной переносимости людей, их принимающих. Чем больше АРВП находится в арсенале современной медицины, тем больше внимания уделяется не только противовирусной эффективности, но и количеству и силе побочных эффектов. Некоторые «старые» АРВП, которые спасли в свое время тысячи жизней и позволили ЛЖВ во всем мире дожить до появления более эффективных и безопасных препаратов, сегодня уже не применяются вообще (зальцитабин, индинавир, нельфинавир) или перестанут использоваться в ближайшем будущем (ставудин, диданозин). «Новые» АРВП в большинстве своем существенно лучше переносятся большинством пациентов и имеют меньшее количество нежелательных долгосрочных метаболических эффектов (потенцирование атеросклероза, воздействие на костную ткань, почки). Однако это справедливо в отношении далеко не всех АРВП. Многие из препаратов резерва достаточно токсичны, и к ним приходится прибегать только в случае широкой резистентности ко многим представителям разных классов АРВП. «Новые» и резервные препараты зачастую очень дорогие и недоступны вообще или для большинства пациентов в странах с низким и средним уровнем экономического развития.

В связи с вышесказанным при консультировании пациентов, начинающих АРВП, необходимо обсудить следующие положения:

- АРВП преследует своей целью подавление репликации вируса, повышение иммунитета и prolongation продуктивной жизни, но достигнуть этих целей возможно только при условии высокой приверженности лечению.
- На сегодняшний день, начатая АРВП длится всю жизнь.
- При приеме АРВП скорее всего разовьются какие-либо побочные эффекты.
- Большинство побочных эффектов лечения являются временными и легко переносимыми, они со временем проходят и с ними можно справляться.
- До начала приема препарата нельзя прогнозировать, какие побочные эффекты проявятся, в какой степени и возникнут ли они вообще.
- В случае возникновения тяжелых и/или опасных побочных эффектов, а также в случае, если умеренные или легкие побочные эффекты не

проходят и снижают качество жизни, схема АРВП может быть модифицирована путем замены того препарата, который ответственен за означенный побочный эффект.

- Появление побочного эффекта не может быть поводом для отказа от лечения вообще, находясь в контакте с медицинскими специалистами необходимо подобрать оптимальную по эффективности и переносимости схему.
- Нельзя самостоятельно прерывать лечение без консультации со специалистом, это может привести к развитию резистентности ВИЧ и уменьшению числа опций для выбора схемы в будущем.
- На выбор схемы влияет множество индивидуальных факторов (пол, уровень CD4, ко-инфекция с ВГ и ТБ, сопутствующие заболевания, лекарственные взаимодействия с другими необходимыми препаратами, беременность, метаболические особенности и многие другие), в которых в состоянии разобраться только специальным образом подготовленный врач. Обсуждая этот вопрос, нельзя ориентироваться на информацию для пациентов, почерпнутую из любых источников, и опыт других ЛЖВ, получающих АРВП.

Для того чтобы объективно оценить тяжесть побочного эффекта, целесообразно на начальном этапе зафиксировать в дневнике частоту его проявления (сколько раз в день, неделю, днем или ночью), продолжительность (например, головной боли или тошноты), интенсивность (оцененную в баллах от 1 до 5). Возможно, выявлялись какие-либо закономерности в появлении эффекта (связь с приемом пищи, временем суток). Важно понять, до какой степени возникающий побочный эффект влияет на качество жизни. Так, например, перераспределение подкожного жира или легкая желтушность кожи может практически ничего не значить для одних и вызывать тяжелую депрессию у других.

Для купирования побочных эффектов обычно рекомендуются меры, направленные на изменение образа жизни, и/или лекарственные препараты. Однако необходимо помнить, что и эти лекарства могут приводить к нежелательным эффектам. Также необходимо помнить о том, что многие побочные эффекты препаратов не отличимы от проявлений осложнений ВИЧ-инфекции, особенно у пациентов с низким количеством CD4-лимфоцитов.

ДИАРЕЯ (многие АРВП, в особенности ингибиторы протеазы, бустированные ритонавиром)

Легкая – 3–4 раза в день жидкий стул или легкая диарея, продолжительностью до недели.

Умеренная – 5–7 раз в день жидкий стул или диарея, продолжительностью более недели.

Тяжелая – кровавая диарея, или более 7 раз в сутки, или приводящая к дегидратации, требующей



внутривенного восполнения жидкости, требуется госпитализация.

Если диарея началась вскоре после начала приема новых препаратов и носит легкий или умеренный характер, для ее купирования можно принимать лоперамид (по 1 таблетке – 2 мг после каждого стула, но не более 8 таблеток в сутки). Если начало диареи не связано с началом приема АРВП, или она длится более нескольких дней и лоперамид не помогает, необходимо обратиться к врачу за дополнительным обследованием для исключения инфекционной природы диареи или ее связи с другим воспалительным заболеванием кишечника. Есть ряд диетологических рекомендаций, которые могут уменьшить выраженность диареи: уменьшить количество молочных продуктов в рационе или исключить их полностью, употреблять холодный рисовый отвар в качестве питья (ароматизировав его ванилью, лимоном или корицей), уменьшить потребление нерастворимых пищевых волокон (цельнозерновой хлеб и каши, семечки, орехи, сырые овощи, кожура фруктов), увеличить потребление растворимых пищевых волокон (рис, макаронные изделия, овсяные отруби), отказаться или существенно уменьшить потребление кофеина (кроме кофе содержится в чае и кока-коле), жирной и очень сладкой пищи. На фоне диареи очень важно употреблять достаточное количество жидкости, при этом не рекомендуется запивать пищу. Необходимо также употреблять богатые калием продукты (бананы, картофель, рыба, курица). Может быть полезен прием препаратов, направленных на нормализацию кишечной флоры (линекс, бактисубтил, биофлор, энтерол и пр.), и смекты. Надо стараться питаться разнообразно и сбалансированно как по составу, так и по распределению приемов пищи во времени суток. С целью симптоматического лечения диареи врачом могут быть назначены препараты кальция (500 мг кальция 2–3 раза в день), энтеросорбенты (неоинтестопан, фильтрум-сти, энтеросгель).

#### ТОШНОТА И РВОТА (многие АРВП)

В большинстве случаев на период привыкания к АРВП для купирования тошноты и рвоты необходимо принимать противорвотные препараты. Домперидон (мотилиум) 10–20 мг каждые 6–8 часов, доступен в сублингвальных таблетках, которые удобны при тошноте. Метоклопрамид по 10 мг до 3 раз в день. При неэффективности этих препаратов можно принимать сильнодействующие противорвотные, используемые при химиотерапии, например трописетрон (обычно достаточно 5 мг в сутки).

Если тошнота и/или рвота появились после начала приема абакавира, необходимо немедленно связаться с лечащим врачом, так как это может быть симптомом гиперчувствительности.

Если по каким-либо причинам заменить препарат в схеме невозможно, необходимо следовать общим рекомендациям, способным уменьшить выраженность тошноты и рвоты: есть часто маленькими порциями; отдавать предпочтение гомогенизированной еде; не употреблять жирную, острую и сильно пахнущую пищу; проснувшись, перед тем как встать с постели, съесть несколько сухих крекеров. Надо стараться есть прохладную пищу, не запивать ее (пить не ранее часа после еды) и не ложиться сразу после еды. Корень имбиря, мята в качестве добавок к пище или питью могут уменьшить тошноту. Надо стараться избегать раздражающего действия сильно пахнущей еды: готовить в хорошо проветриваемом помещении или поручить на время эту работу другому члену семьи, готовить в микроволновой печи, избегать предприятий общепита с большим количеством посетителей и плохой вентиляции. Необходимо избегать веществ, раздражающих желудок, например аспирин, алкоголь, никотин.

#### СЛАБОСТЬ, ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ (многие АРВП)

Легкая утомляемость снижает повседневную активность на 25 %, умеренная – на 25–50 %, тяжелая – на более 50 %, не позволяет работать, очень тяжелая – не позволяет осуществлять уход за собой.

Физическая слабость препятствует выполнению каждодневных задач (подъем по лестнице, покупки в магазине), психическая проявляется неспособностью сконцентрироваться на чем-либо, исчезновением мотивации что-либо делать.

Причины слабости могут быть вовсе не связаны с приемом АРВП. Она может быть обусловлена продвинутой стадией ВИЧ-инфекции или другого сопутствующего заболевания, недосыпанием (очень часто), плохим питанием, нахождением в состоянии хронического стресса или депрессии, применением других препаратов (антигистаминные, метадон) или алкоголя.

Основной причиной слабости, связанной с приемом АРВП, бывает анемия как результат приема зидовудина. В этом случае решение о замене препарата или другом способе коррекции анемии принимает врач.

Если можно констатировать неадекватное питание, следует назначить поливитаминно-минеральные комплексы, в том числе в сочетании с растительными стимуляторами (экстракт корня женьшеня).

**Таблица 3.** Определение тяжести тошноты и рвоты как побочных симптомов АРВП

	ЛЕГКАЯ	УМЕРЕННАЯ	ТЯЖЕЛАЯ
<b>ТОШНОТА</b>	Легкая или кратковременная, не мешает питанию	Вызывающая умеренный дискомфорт или уменьшение потребления пищи не более чем в течение 3 дней	Тяжелый дискомфорт, нарушение питания более 3 дней
<b>РВОТА</b>	2–3 раза в день или периодически не более одной недели	4–5 раз в день, или эпизоды случаются на протяжении более одной недели	Тяжелая рвота всей съеденной пищей и выпитой жидкостью на протяжении 24 часов может потребовать внутривенного введения жидкости и госпитализации

СЫПЬ (вызывают многие АРВП: АВС, FTC, NVP, EFV, атазанавир, фосампренавир)

Сыпь является проявлением реакции гиперчувствительности. В представлении большинства людей появление сыпи после начала приема препарата автоматически означает необходимость прекращения его приема. В отношении АРВП это не так. Сыпь является довольно частым побочным эффектом как многих АРВП, так и ко-тримоксазола (бисептола), она может появиться в ответ на восстановление иммунитета, при гиперинсоляции или в связи с другим заболеванием. Далеко не всегда возможно найти альтернативу лекарству, вызвавшему сыпь, поэтому к замене препарата прибегают только в случаях тяжелой гиперчувствительности (обширные высыпания, в особенности с появлением пузырей или мокнутия, а также сопровождающиеся высокой температурой тела).

Общие мероприятия при сыпи включают в себя избегание перегрева, использование прохладной воды для душа, гипоаллергенных косметических, гигиенических и жидких моющих средств для стирки, тщательного полоскания белья. Желательно использовать хлопковое нательное и постельное белье.

У 20 % ЛЖВ, начавших прием невирапина, и у 5 % – эфавиренца, появляется легкая или умеренно выраженная кожная реакция в течение первых 8 недель лечения. В большинстве таких случаев через несколько недель сыпь исчезает и больше не появляется. Из-за большей вероятности возникновения сыпи при приеме невирапина у женщин им не рекомендовано начало АРВП со схемы, содержащей невирапин, при CD4 > 250 кл/мкл, а у мужчин при CD4 > 400 кл/мкл (при этом переход на невирапин после достижения неопределяемой ВН ВИЧ возможен при любом уровне CD4). Если сыпь появляется в течение первых двух недель, когда невирапин принимается один раз в день по 200 мг, доза не повышается, пока не исчезнет сыпь, необходимо срочно обратиться к врачу, так как кроме сыпи в данном случае может наблюдаться тяжелая гепатотоксичность (см. ниже).

Сыпь при приеме абакавира обычно расценивается как возможное проявление тяжелой гиперчувствительности, препарат обычно при этом заменяют и больше никогда не назначают. 90 % случаев гиперчувствительности к абакавиру развиваются в первые 6 недель его использования. К сожалению, генетический тест, позволяющий определить наличие предрасположенности к развитию гиперчувствительности к абакавиру (HLA B 5701), ко времени написания данного пособия все еще не доступен в РФ. Кроме сыпи другими симптомами гиперчувствительности могут быть лихорадка, боли в животе, тошнота, рвота, гриппоподобная симптоматика.

#### БЕССОННИЦА

Позднее засыпание, частые пробуждения ночью и раннее пробуждение утром, тяжелые сновидения часто не сообщаются врачу в качестве жалоб на здоровье, хотя расстройства сна существенно сказываются на состоянии человека. Есть научные исследования, которые свидетельствуют о том, что недостаток сна негативно влияет на иммунитет. Причин для наруше-

ния сна может быть очень много: состояние тревоги и стресса, отмена алкоголя или наркотиков, избыточное потребление кофеина, некомфортные условия для сна, нарушение функции щитовидной железы и другие соматические расстройства.

Общие рекомендации по нормализации сна включают: создание максимально комфортных условий, соблюдение единого режима дня с постоянным временем отхода ко сну и пробуждения, регулярные физические упражнения. Теплый душ и травяной чай (например, ромашка) перед сном могут облегчить засыпание. Нельзя быть голодным перед сном, но есть и пить кофеинсодержащие напитки надо как минимум за два часа до сна. Каждодневный длительный прием снотворных препаратов вызывает привыкание к ним. Качество индуцированного сна, как правило, существенно ниже естественного, после него человек продолжает чувствовать себя недостаточно отдохнувшим и работоспособным. Необходимо помнить о лекарственных взаимодействиях многих седативных препаратов, в первую очередь, с ингибиторами протеазы.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО СТОРОНЫ ЦНС, вызываемые эфавиренцем, проявляются практически у всех, кто начинает его прием, однако чаще всего они носят легкий и временный характер. Спектр проявлений обычно включает красочные, иногда кошмарные ночные сновидения, сонливость днем, сниженный фон настроения, тревожность или, напротив, эйфорию. До 25 % ЛЖВ, принимающих эфавиренц, отмечали затруднения при выполнении каждодневных дел. Описанные проявления могут наступить как через несколько часов после первого приема препаратов, так и через несколько недель. Можно попробовать начать прием схемы на основе эфавиренца на выходных или, если это возможно, в отпуске. Обычно для определения, становятся ли переносимыми эти побочные эффекты, уходит несколько месяцев. У некоторых пациентов в течение первого года лечения приходится менять схему из-за не уменьшающихся и/или значительно снижающих качество жизни побочных явлений. Эфавиренц может стать причиной тяжелой депрессии и суицида. При появлении *тяжелых* побочных эффектов не нужно дожидаться, когда они исчезнут, следует произвести замену в схеме АРВТ. Хотя огромное количество ЛЖВ принимают этот препарат годами, есть пациенты, для которых он однозначно не подходит. Следует избегать или назначать с осторожностью этот препарат людям с работой по графику в разное время суток или тем, чья работа требует высокой концентрации внимания и потенциально влияет на безопасность людей (диспетчеры, водители пассажирского транспорта и пр.).

Максимальная концентрация эфавиренца в крови наступает через 4 часа после приема, поэтому прием препарата за 2 часа до сна или, при возможности длительного сна, при отходе ко сну уменьшает выраженность побочных эффектов при пробуждении. Употребление препарата вместе с жирной пищей повышает его концентрацию на 60 %; лучше принимать его натощак или после легкого ужина.

### ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ (ddl, редко – ЗТС)

Чувство онемения, покалывание, болезненность на симметричных участках голени, стоп, кистей и предплечий – наиболее частые симптомы полинейропатии, которая может быть связана как с самим воздействием ВИЧ, так и с приемом ряда препаратов (из АРВП – главным образом, ddl, противотуберкулезные препараты – изониазид), а также с хроническим воздействием алкоголя и других токсических веществ (амфетамины). Полинейропатия осложняет течение диабета, хронической почечной и печеночной недостаточности, может быть вызвана расстройством питания в связи с дефицитом витамина В<sub>12</sub> и/или фолиевой кислоты. Точное определение степени тяжести этого осложнения возможно при проведении специального комплекса исследований врачом-неврологом.

Если развитие полинейропатии связано с АРВП, их замена может через какое-то время привести к уменьшению выраженности этого состояния и в легких случаях даже к полному регрессу. Однако это наблюдается достаточно редко, и надо помнить, что улучшение наступает очень медленно.

Для лечения полинейропатии можно использовать ацетил-L-карнитин (250 мг в капсуле 6–12 капсул в сутки, в РБ продается в магазинах спортивного питания как пищевая добавка, в России и Украине – как лекарственный препарат в аптеках), препараты альфа-липоевой кислоты (например, тиоктацид – 600–900 мг/сутки), рыбий жир, комплекс витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, с кальцием и магнием. Лечение болевого синдрома должно осуществляться с участием врача-невролога, который в зависимости от тяжести болевого синдрома может назначать или топические обезболивающие средства или нейролептики. Полезными могут быть акупунктура и массаж. Общие рекомендации: не укрывать ноги ночью, делать холодные ванночки для стоп, не носить тесную обувь и носки со сдавливающими резинками, избегать длительной статической нагрузки на ноги (стояние, ходьба), обучиться и выполнять себе глубокий массаж голени и стоп.

**ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ** (в первую очередь, невирапин, также эфавиренц, ритонавир)

У пациентов с другими вирусными гепатитами, активных потребителей наркотиков, лиц с избыточным потреблением алкоголя, у женщин риск тяжелой гепатотоксичности невирапина выше. Однако прогнозировать ее наступление нельзя. В связи с этим осложнением первые 8 недель после назначения схемы АРВТ, содержащей невирапин, пациент должен находиться под строгим наблюдением с биохимическим контролем каждые 2 недели. При повышении уровня трансаминаз в динамике и достижении уровня в 2 и более раз выше нормы наблюдение должно стать еще более тщательным, при превышении уровня 5 норм, использование невирапина однозначно должно быть прекращено. В случае развития гепатита обычно АРВТ приостанавливают полностью и затем возобновляют с использованием другой схемы после восстановления функции печени.

Пациент должен быть информирован о необходимости немедленно обратиться к врачу, если в течение

первых 8 недель лечения невирапином у него появятся любые из следующих признаков: сыпь (в особенности волдыри и пузыри), болезненные ощущения в ротоглотке, отек лица, лихорадка, гриппоподобный синдром.

Если использование невирапина было когда-либо прекращено в связи с тяжелой гепатотоксичностью, его никогда не назначают вновь.

**МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ (ЛАКТАТ АЦИДОЗ)** крайне редкий побочный эффект, развивающийся обычно не ранее нескольких месяцев приема АРВТ, ассоциируется в первую очередь с НИОТ, клинически трудно отличим от ПАНКРЕАТИТА, который часто его сопровождает. Что касается панкреатита, то АРВП крайне редко являются его единственной причиной. Чаще всего причина панкреатита – избыточное употребление крепкого алкоголя.

### ЛИПОДИСТРОФИЯ

Включает в себя два вида расстройств: липоатрофия – уменьшение объема подкожной жировой клетчатки на лице, ягодицах, конечностях и аккумуляция жировых отложений – на передней брюшной стенке, плечах, шее, молочных железах. Объективизировать степень липоатрофии сложно, обычно приходится ориентироваться на жалобы пациента, можно попытаться сравнить его нынешний внешний облик и фотографии, сделанные прежде. Для небольшого числа пациентов изменения их внешности и в первую очередь липоатрофия оказывают действительно угнетающее воздействие. Если есть возможность без риска ухудшить результаты лечения, можно заменить в схеме АРВТ зидовудин на другой препарат. Это может остановить прогрессирование липоатрофии, но не приведет к восстановлению объема подкожной клетчатки. Медикаментозного лечения не существует, те, кому это по средствам, могут прибегнуть к помощи пластических хирургов.

Многие препараты приводят к долгосрочным метаболическим эффектам (остеопороз, нарушения жирового обмена, азотовыделительной функции почек). Эти побочные эффекты не ощущаются пациентом, их должен отслеживать и корректировать врач.

## Литература

Avoiding and managing side effects. May 2008. [www.i-Base.info](http://www.i-Base.info)

## 3.2. Ко-инфекция с гепатитами В и/или С

Очень многие ЛЖВ в РБ имеют ко-инфекцию с ВГС, реже с ВГВ. Прогрессирование хронического вирусного гепатита С (ХВГС) в цирроз печени у ВИЧ-положительных пациентов происходит в два раза быстрее, чем у ВИЧ-негативных.

Этиотропное лечение ХВГВ может и должно осуществляться вместе с лечением ВИЧ-инфекции в соответствии с имеющимися рекомендациям путем включения в схему АРВТ препаратов, активных как в отношении ВИЧ, так и в отношении ВГВ. У пациентов с высокой приверженностью лечению легко достигается вирусологический ответ в отношении обеих инфекций, но при прекращении лечения возможно развитие выраженного обострения ХВГВ.

В отношении ХВГС бесплатное этиотропное лечение ко времени написания этого пособия не доступно вне зависимости от ВИЧ-статуса пациента. В случае, если лечение ВГС показано по результатам специальных методов исследования (количественная вирусная нагрузка ВГС с учетом генотипа вируса, оценка степени фиброза печени), и у пациента есть возможность приобрести препараты, лечение будет осуществляться специалистами, имеющими опыт в лечении хронических вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, согласно существующим стандартам. Такое лечение сложнее, чем лечение моно-инфекции, требует к себе очень серьезного отношения со стороны пациента, в ряде случаев довольно тяжело переносится и может привести к ряду осложнений, иногда даже угрожающих жизни. Стандартная комбинированная терапия ХВГС пегилированным интерфероном в сочетании с рибавирином с разной вероятностью приводит к достижению устойчивого угнетения репликации ВГС в зависимости от множества факторов. Есть пациенты, которым это лечение не помогает даже при соблюдении всех стандартов обследования и лечения. В настоящее время разрабатывается целая линейка новых противовирусных препаратов, эффективных в отношении ВГС, которые существенно повышают вероятность успеха. Некоторые из них уже используются у ко-инфицированных пациентов в клинической практике в развитых странах, действие других изучается в клинических исследованиях, третьи находятся на разных стадиях разработки и испытаний.

У пациентов с показаниями к лечению ХВГС при наличии весомых противопоказаний или невозможности приобрести препараты против ВГС целесообразно начинать АРВТ при уровне CD4-лимфоцитов < 500 кл/мкл, чтобы нормально функционирующий иммунитет противодействовал прогрессированию ХВГС. Во всех случаях крайне важно прекратить какие-либо токсические воздействия на печень: алкоголь (в любых количествах), наркотики, никотин. Выбор любых лекарственных препаратов, как для кратковременного, так и для длительного использования, должен осуществляться с учетом их потенциальной гепатотоксичности. Нельзя заниматься самолечением, в том числе с использованием трав, биологически активных добавок. Следует информировать всех врачей, к которым пациенты обращаются за медицинской помощью, о наличии ХВГС. Курсовое использование гепатопротекторов (препараты урсодезоксихолевой кислоты, расторопши, эссенциальных фосфолипидов и др.) безусловно показано, но не в состоянии замедлить прогрессирование заболевания при продолжающемся употреблении алкоголя и/или наркотиков. Ни один врач не в состоя-

нии объективно оценить вклад вирусной инфекции в поражение печени на фоне хронического токсического воздействия. Многие ЛЖВ, имеющие алкогольную и/или наркотическую зависимость, склонны возлагать ответственность за прогрессирование поражения печени не на себя, а на государство и систему здравоохранения, вместо того чтобы позитивно повлиять на свое будущее, начав АРВТ и борьбу с зависимостью.

Продолжающееся рискованное поведение (потребление инъекционных наркотиков, незащищенный секс между мужчинами) приводит к реинфицированию тех, у кого лечение ХВГС было успешным, и к накоплению различных генотипов вируса, что может затруднить противовирусное лечение в последующем.

### 3.3. Туберкулез

ВИЧ-инфекция повышает восприимчивость человека к туберкулезной инфекции. У людей, зараженных *M. tuberculosis*, ВИЧ-инфекция является причиной прогрессирования бессимптомной туберкулезной инфекции в туберкулез (ТБ). Риск развития ТБ у ВИЧ-инфицированного возрастает с усилением иммунодепрессии и по оценкам специалистов в 10 раз выше, чем у человека без ВИЧ-инфекции.

#### Диагностика туберкулеза

Диагностировать туберкулез у ЛЖВ сложно.

Существуют следующие виды диагностики туберкулеза.

#### 1. Клинические признаки.

Жалобы клиента:

- на продолжительный кашель (более 2–3 нед.), возможно, с выделением мокроты,
- повышение температуры тела,
- снижение массы тела,
- утомляемость,
- ночная потливость.

#### 2. Туберкулинодиагностика (внутрикожное введение туберкулина).

Вакцины, содержащие живые бактерии или вирусы, противопоказаны ВИЧ-положительным людям. К таким вакцинам относится и БЦЖ. В Республике Беларусь дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей вакцинируются вакциной БЦЖ-М на 3–4-е сутки жизни. Положительная реакция Манту свидетельствует об инфицировании туберкулезом (латентной туберкулезной инфекции). Однако при снижении числа CD4 ниже 200 клеток/мкл реакция Манту становится ложноотрицательной. Туберкулин, который используется в реакции Манту, не представляет никакой угрозы, так как не содержит живых бактерий, но помогает определить уровень риска реактивации туберкулеза.

**3. Иммунологические тесты.** Также могут быть неточными у ЛЖВ.

**4. Микробиологическая диагностика.** Выявление микробактерий туберкулеза в мокроте или тканях. Обязательно проводится для подтверждения диагноза, однако процесс диагностики длительный.



## 5. Рентгенологическое исследование грудной клетки в диагностике.

Наличие туберкулеза легких можно заподозрить по «грудным» и интоксикационным симптомам. Диагноз выставляется по изменениям на рентгенограмме и (или) обнаружению микробактерий туберкулеза в мокроте. У ВИЧ-положительных пациентов высок риск заболеть внелегочными формами туберкулеза (лимфоузлы, нервная система, плевра, почки, кости и др.), и здесь нужно проявлять настороженность, поскольку о возможном поражении туберкулезом этих органов часто думают в последнюю очередь. Важную роль может сыграть компьютерная или магниторезонансная томография, высокочувствительные бактериологические и иммуногенетические исследования.

### Профилактические правила для ЛЖВ

- ЛЖВ стоит избегать контакта с больными туберкулезом или с подозрением на него.
- При необходимости нахождения в одном помещении с больным туберкулезом следует использовать респиратор (например, при посещении противотуберкулезного учреждения).
- Химиопрофилактика изониазидом раз в 3–5 лет по 6 месяцев.
- АРВТ.

### Лечение туберкулеза

Химиотерапия туберкулеза заключается в применении противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС), уничтожающих микробактерии туберкулеза (МБТ) в организме пациента или подавляющих размножение микробактерий туберкулеза.

Препараты для лечения туберкулеза (1-я схема):

- изониазид H,
- рифампицин R,
- пиразинамид Z,
- этамбутол E.

Длительное непрерывное комбинированное лечение ПТЛС называется курсом химиотерапии.

Курс химиотерапии состоит из двух фаз:

I – фаза интенсивной терапии, или бактерицидная фаза лечения, в которой происходит быстрая гибель МБТ и прекращение бактериовыделения, ликвидируются клинические проявления заболевания;

II – фаза продолжения терапии, которая обеспечивает полное уничтожение возбудителя болезни, а также восстановление функциональных возможностей организма.

Химиотерапия проводится непрерывно в течение необходимого срока без перерывов. На всех этапах лечения используется только полихимиотерапия, то есть несколько ПТЛС применяются одновременно, что способствует предотвращению развития лекарственно устойчивого туберкулеза.

Для больных ТБ с ВИЧ-инфекцией продолжительность курса химиотерапии должна быть по крайней мере такой же, как и у больных ТБ без ВИЧ-инфекции. Сам по себе факт ВИЧ-положительного статуса не является основанием для удлинения лечения. Но с учетом выраженного иммунодефицита туберкулезный процесс может затихать медленно или часто возника-

ющий внелегочной процесс требует удлинения сроков лечения. Другими словами, у ВИЧ-положительных интенсивность и длительность лечения должны быть максимальными в рамках существующих протоколов лечения. Поблажки и отступления по срокам и дозам недопустимы.

**Таблица 4.** Рекомендуемые режимы лечения туберкулеза

Группы пациентов	Режим лечения (ежедневно)	
	Интенсивная фаза	Фаза продолжения
Впервые выявленные пациенты с бактериовыделением	2 месяца HRZE	4 месяца HR
Впервые выявленные пациенты без бактериовыделения	2 месяца HRZE	4 месяца HRE
Ранее леченные пациенты	3 месяца HRZE	5 месяцев HRE

При необходимости срок лечения может быть продлен.

**Рифампицин** – основа стандартной схемы лечения ТБ, в том числе для ЛЖВ. Рифампицин является мощным активатором печеночных ферментов, поэтому вступает во взаимодействие со многими АРВП. Фактически, без существенного снижения эффективности его можно использовать только со схемами на основе эфавиренца. Поскольку потенциальный риск заболеть ТБ сегодня для ЛЖВ весьма высок, особенно важно обеспечивать высокую приверженность к схемам, содержащим эфавиренц, и не допускать развития к нему резистентности. Необходимо учесть, что рифампицин снижает концентрации всех ингибиторов протеаз, в том числе бустированных ритонавиром, до уровня ниже терапевтического.

Туберкулез является абсолютным показанием к назначению АРВТ вне зависимости от количества CD4-лимфоцитов, и некоторые ЛЖВ впервые начинают прием АРВП именно в противотуберкулезных стационарах после консультации врача-инфекциониста. Сроки начала АРВТ зависят от иммунологических показателей – чем ниже уровень CD4, тем раньше должно быть начато лечение, иногда с третьей недели интенсивной фазы лечения ТБ. Это означает, что пациент будет принимать четыре противотуберкулезных препарата, 3 АРВП, бисептол и, возможно, еще несколько лекарств по другим показаниям. Понятно, что количество таблеток и их побочные эффекты не способствуют приверженности, так же как довольно тяжелое состояние самого пациента. С учетом потенциальной угрозы для жизни и эпидемиологической важности ТБ, в отношении его лечения принята стратегия DOT (лечение под непосредственным наблюдением, то есть прием ПТЛС в присутствии и под наблюдением медицинского работника). В некоторых противотуберкулезных учреждениях здравоохранения эта практика была распространена и на прием АРВП, что положительно сказывается на достижении терапевтических результатов в кратчайшие сроки, но не способствует формированию самостоятельной приверженности у пациен-



та. Другой тактикой является DOT в отношении ПТЛС и перекладывание всей ответственности за прием АРВП на пациента, чаще всего без проведения какой-либо работы по приверженности лечению ВИЧ-инфекции. Результаты такой практики оказываются плачевными. В любом случае, ЛЖВ, покидающие противотуберкулезные стационары для продолжения амбулаторного наблюдения и лечения, должны обращать на себя пристальное внимание сотрудников КДК/членов мультидисциплинарной команды, в том числе с позиции приверженности АРВТ.

## Литература

Скрягина Е.М., Гуревич Г.Л., Астровко А.П., Залуцкая О.М. Клиническое руководство по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм. Утв. приказом МЗ РБ от 22.08.2012 г. № 939.

### 3.4. Формирование приверженности лечению у некоторых категорий клиентов (отказывающиеся от лечения; употребляющие наркотики; клиенты с нарушениями психической деятельности)

Успех в работе с «проблемными» клиентами зависит от профессионализма всех членов команды, владения ими элементами когнитивно-поведенческой терапии, а также от возможности подключить к работе смежных специалистов: наркологов, психиатров, психологов.

#### 1. КЛИЕНТЫ, ОТКАЗЫВАЮЩИЕСЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Следует учитывать три основные причины, по которым пациенты не хотят принимать лечение:

1. Опасение наступления нежелательного действия лекарственных препаратов.
2. Отрицание наличия заболевания, проблем со здоровьем (непринятие диагноза).
3. Искаженные представления о лекарственной терапии.

Если клиент отказывается от лечения, первый шаг, который стоит предпринять, – открыто обсудить с клиентом распространенные опасения и дать информацию относительно каждого из следующих пунктов (Goldstein, 1992):

- 1) неправильное представление о лечении – страх развития зависимости, утраты контроля, изменений личности;
- 2) прежний неблагоприятный опыт лечения и побочные действия лекарственных препаратов в прошлом и в настоящее время;
- 3) стигма – восприятие себя как больного человека (стоит привлечь к работе психолога, равного консультанта);

- 4) естественно возникающее желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии.

Консультант побуждает клиента рассмотреть причины его сопротивления лечению. Одновременно предлагается рассмотреть выгодные стороны лечения. В частности, благоприятные последствия лечения, особенно, если они были упомянуты клиентом спонтанно.

При рассмотрении причин сопротивления лечению могут выявиться логические ошибки, мифы, грубые представления о болезни и лечении. В результате таких размышлений самооценка клиента может быть значительно снижена. Поэтому обязательно нужно подчеркнуть, что все мы склонны совершать ошибки, например, делать «поспешные выводы» (произвольное умозаключение), «выдергивать факты из контекста» (избирательное обобщение) и «принимать определенные вещи на свой счет» (персонализация). Эта склонность проявляется с особой силой в тех случаях, когда мы огорчены или насторожены, т. е. находимся в состоянии ожидания.

В целом при мотивации к лечению нужно быть аккуратным в объяснении последствий заболевания. Важно **предвосхищать возможности развития депрессивной реакции**, сопровождающей повышение критического отношения к заболеванию. Чтобы в процессе убеждения с отдельными пациентами избавить их от дисфорического настроения (мрачное, со склонностью к раздражительности, недовольству, критике), можно оказывать эмоциональную поддержку различной интенсивности, приводить нормализующие логические объяснения. Врач: «В течение некоторого времени Вы напряженно думали о болезни. Это очень тяжелое состояние. Думаю, что порой оно может Вас очень обременять». Пациент: «Да, мне трудно, эти мысли меня выматывают». Врач: «Следовательно, Вы можете поразмышлять о том, что если Вы будете меньше поглощены такими мыслями, у Вас останется больше сил для дел, которые Вам нравятся?».

Отказ от лечения является проблемным поведением, а так как проблемное поведение всегда амбивалентно («Лекарственные препараты вызывают у меня сонливость... но при этом я не буду заразным для окружающих», «Лекарства снижают мою жизненную энергию, живость ... но помогают мне преодолевать симптомы»), необходимо предложить клиенту обдумать все «за» и «против» лечения (можно использовать мотивационное интервью и/или таблицу решения проблем). Некоторым людям приносят пользу основные сведения об эффективности лечения, приведенные в краткой форме на карточке, которую можно носить в кошельке, кармане или прикрепить к холодильнику. Например: «лекарство помогает мне спать», «позволяет мне не болеть», «делает меня активным».

Стигматизация устраняется в конечной стадии предпринятых мер путем переосмысления использования лекарственных препаратов как свободно выбранной стратегии, направленной на повышение качества жизни. Акцент делается на распространенности заболевания. Приводятся примеры из жизни других

людей, которые страдали болезнью. Цель этого – «декатастрофизация» положения, т. е. уменьшение чувства безнадежности и отчуждения. Приводятся примеры других хронических заболеваний, требующих длительного лечения (например, сахарный диабет, артериальная гипертензия), чтобы ввести понятие о поддерживающем лечении, которое продолжается даже тогда, когда человек чувствует себя хорошо (витамины или инсулин). Признается, что возникает естественное стремление прекратить лечение, когда самочувствие становится хорошим. Можно из опыта своей работы привести примеры, когда больные, почувствовав себя хорошо, прекратили принимать лекарственные препараты, и это привело к значительному ухудшению их состояния.

## 2. КЛИЕНТ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЙ НАРКОТИКИ

Согласно «Краткой информации для выработки политики: антиретровирусная терапия и потребители инъекционных наркотиков» (Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков WHO/HIV/2005) процесс ухода за ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков не сильно отличается от ухода за другими людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. В руководстве указывается, что потребители инъекционных наркотиков могут демонстрировать высокий уровень приверженности терапии (Open Society Institute, 2004). Это согласуется с основными выводами относительно приверженности в целом: существует более 200 переменных, влияющих на лечение; а также, даже если у пациента неблагоприятные социальные и другие характеристики, он может хорошо придерживаться лечения.

Вместе с тем, потребители наркотиков имеют, как правило, плохие клинические и иммунологические показатели здоровья в основном из-за плохой приверженности лечению. Поэтому общей рекомендацией является то, что пациенту, употребляющему наркотики или злоупотребляющему алкоголем и имеющему показания к АРВТ, стоит начать с лечения у психиатра или нарколога. Зачастую клиенты отказываются от обращения за помощью к наркологу на официальной основе, так как это влечет постановку на учет и утрату некоторых важных для них прав. В связи с этим необходимо использовать все возможности для включения клиента в программы анонимной помощи, равного консультирования, социального сопровождения.

Можно выделить некоторые условия, способствующие эффективности АРВТ у потребителей наркотиков:

- тщательное исследование и консультирование клиента,
- разработка индивидуального плана лечения,
- социальная помощь,
- предоставление информации,
- заместительная терапия и другие формы лечения наркозависимости,
- аутрич-работа,
- прием препаратов под медицинским надзором и лечение под непосредственным наблюдением (ДОТ).

Все эти меры будут эффективными, если консультант рассматривает употребление наркотиков просто как медицинскую проблему, требующую дополнительного внимания, для устранения которой, как и в случае с другими сочетанными заболеваниями, необходимы дополнительные меры.

За рубежом при применении схем лечения, подразумевающих прием АРВТ один раз в день, эффективным методом соблюдения приверженности среди потребителей наркотиков является терапия под наблюдением (DOT) в рамках заместительной программы метадонном. Несмотря на то, что даже с применением этой меры приверженность остается плохой (только 71 %), – но при отсутствии этой меры приверженность еще хуже (41%) (Berg KM, Litwin A, Li X, Heo M, Arnsten JH., Directly observed antiretroviral therapy improves adherence and viral load in drug users attending methadone maintenance clinics, 2010). Согласно исследованиям АРВТ под наблюдением может улучшить лечение (показатели вирусной нагрузки) среди клиентов заместительной терапии метадонном, находящихся на программе длительного срока. Важно, что терапия под наблюдением сохраняет приверженность среди тех клиентов, у которых изначально была неопределяемая вирусная нагрузка, кто даже не рассматривался как кандидат для терапии под наблюдением. DOT стоит рассматривать как меру для всех потребителей, получающих метадон вне зависимости от первоначальных показателей, и использовать эту стратегию в случае ее внедрения в систему оказания помощи ПИН ЛЖВ в нашей стране.

При ведении клиентов, употребляющих наркотики, необходимо всегда учитывать вопрос взаимодействия наркотического вещества с АРВП и другими лекарственными средствами. Важно предусмотреть взаимодействие между метадонном и АРВП и учитывать его при определении необходимой дозировки (Antoniou et al., 2002; Dobkin, 2005). Взаимодействие препаратов, ускоряющее возникновение абстинентного синдрома, может спровоцировать рецидив употребления опиатов, возбудить недоверие к специалистам, предоставляющим услуги, и вызвать нежелание продолжать АРВТ (Dobkin, 2005). Решение проблемы возобновления АРВТ у клиентов, прервавших ее из-за развития синдрома отмены, невозможно без личного взаимодействия сотрудников КДК и центра заместительной метадонной терапии.

Все применяемые сегодня АРВП имеют побочные эффекты. Необходимо уделять пристальное внимание диагностике и лечению сочетанных заболеваний, таких как ТБ, ВГВ и ВГС, а также взаимодействию препаратов, особенно в случаях, когда пациент проходит несколько курсов лечения и заместительную поддерживающую терапию наркозависимости.

## Литература

Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди

потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2012 года.

### 3. КЛИЕНТЫ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Консультантам нередко приходится сталкиваться с отдельными нарушениями психической деятельности, заслуживающими особого внимания. В случае их выявления необходимо мотивировать клиента обратиться к специалисту (психиатру, психотерапевту, психоневрологу), объяснить, что получение помощи от этих специалистов является цивилизованным путем решения проблемы и не должно вызывать возникновение дополнительной стигмы.

**Недостаточная концентрация внимания.** Этот признак может быть обусловлен текущей психотической симптоматикой, тревогой или побочными эффектами лекарственного препарата. Простыми мерами являются:

- регулярное проведение нескольких коротких бесед,
- использование простого языка, регулярное подведение итогов, пересказывание утверждений клиентов,
- повторение клиентами основных положений терапии,
- множество поучительных примеров, имеющих непосредственное отношение к клиенту,
- уместные шутки помогают поддерживать интерес клиента.

**Пациенты, трудно вовлекаемые в процесс лечения.**

Трудности могут возникать при проведении лечения у настороженных, подозрительных, скрытных и аутичных пациентов. Нелегко поддерживать темп беседы, если клиент необщителен, тогда со стороны консультанта требуется большая отдача. Важен чуткий, не осуждающий, эмпатический подход к человеку. Следует излагать свои мысли и необходимую информацию спокойным тихим голосом, после чего можно спросить: «Как Вы это понимаете?» или «Как это затрагивает Вас?».

Беседа с клиентом, который производит впечатление «колючего» или постоянно недовольного и ворчливого человека, важно высказывать свои мысли в форме возможных вариантов. Отказ клиента от взаимодействия с консультантом часто обусловлен страхом или чувством опасности. В случае возникновения споров следует избегать конфронтации, а просто высказать клиенту предположение о том, что он считает себя непонятым, а быть непонятым или непонимающим других трудно. Необходимо также сказать, что лечение поможет сохранить перспективу на будущее.

**Включение лечения в содержание бредовых идей.**

«Формирование цепочки выводов» предполагает внимательное прослеживание бредовых идей, начиная от исходного иррационального убеждения, возникшего в прошлом. Иногда бредовые идеи от-

носительно лечения являются частью общего параноидного состояния: «Люди травят меня, потому что ненавидят меня и хотят заработать больше денег на лекарствах». Убеждения, лежащие в основе бреда, основаны на низкой самооценке или непродуктивных межличностных отношениях. В некоторых случаях подобные убеждения связаны с неправильными представлениями о побочных эффектах или телесных ощущениях, что также может быть откорректировано.

#### **Клиенты с депрессией.**

Распространенность депрессии среди ВИЧ-положительных людей (20–40 %) гораздо выше, чем ее распространенность среди всего населения (7 %), по следующим причинам: стигма, нарушения половой функции, побочные эффекты к АРВП, сопутствующие заболевания.

*Описание.* Консультанту следует обращать внимание на следующие признаки в рассказах клиента: уныние, суждения о том, что все вокруг неприятно и неинтересно, человек называет себя никчемным, жизнь кажется бесполезной. Депрессия нередко влияет на аппетит, что приводит к потере или увеличению веса. Клиент говорит, что спит намного больше или меньше обычного, чувствует беспокойство и утомление. Депрессия существенно снижает дееспособность, сложно сконцентрироваться и принять какое-либо решение, сложно собраться и что-то сделать. Нередко возникают мысли о смерти. Внимание: если консультант заметил размышления клиента о самоубийстве, то нужно как можно скорее обратиться к специалисту.

В качестве целей психологического воздействия могут также выступать низкая самооценка, стыд и чувство вины, гнев.

*Методы диагностики:* Шкала депрессии Бека, Опросник состояния здоровья-9 (PHQ-9) Р.Л. Шпиц, Дж. Уилльямс, К. Кронке (Приложение 11).

#### **Клиенты с проявлением тревоги.**

Тревога может являться основным симптомом генерализованного тревожного расстройства (заболевание, характеризующееся стойким и чрезмерным чувством тревоги, а также беспокойством о множестве событий и действий).

*Описание.* Консультанту следует быть особенно внимательным, если клиент указывает на чрезмерную тревогу в течение довольно длительного временного периода (например, нескольких недель). Состояние болезненной тревоги характеризуется следующими симптомами:

- беспокойством;
- апатией;
- проблемами с концентрацией внимания;
- раздражительностью;
- напряжением мышц;
- нарушением сна.

Клиенту также стоит обратиться за помощью при признаках паники, перфекционизма, навязчивых мыслей, фобий, социофобий.

Методы диагностики: GAD-7 РЛ. Шпиц, Дж. Уильямс, К. Кронке (Приложение 12).

## Литература

1. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего досту-

па к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2013 г.

2. Краткая информация для выработки политики: антиретровирусная терапия и потребители инъекционных наркотиков. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, 2005.

## РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИЙ: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА

Данная таблица может быть использована при работе над решением актуальных проблем клиента. Спектр проблем может быть различным: отказ от лечения, отсутствие места жительства, трудность в получении препаратов, употребление наркотиков и лечение АРВТ и т. д.

Ход работы:

- Консультант и клиент формулируют проблему, над которой будут работать. При этом важно сформулировать одну проблему и максимально четко, так, чтобы она звучала как решаемая. Пример, плохим вариантом является формулировка «я не могу начать лечение», хорошим – «я не могу начать лечение, т. к. боюсь, что не смогу пить таблетки при активном употреблении наркотиков». Сформулированная проблема записывается в соответствующее поле.
- Консультант и клиент записывают все

возможные варианты решения. Записываются все варианты, которые указывает клиент, даже если они не являются адекватным решением. Например, «не начинать лечение».

- Далее рассматриваются сильные и слабые стороны каждого варианта. Сначала записываются все преимущества, названные клиентом, затем формулируются слабые стороны решения. В результате данной процедуры клиент должен сам прийти к выводу, что не все названные им решения являются адекватными, реалистичными.
- В конце консультации клиент выбирает один из вариантов решения. Если клиент выбрал неадекватный способ решения, стоит уделить внимание оценке информированности клиента по данной проблеме.
- Необходимо обязательно указать шаги по реализации выбранного варианта решения проблемы.

<b>1. В чем заключается моя проблема?</b>		
<b>2. Варианты решения/идеи:</b>	<b>3. Сильные и слабые стороны</b>	
	<b>Сильные стороны</b> (почему это можно считать хорошей идеей)	<b>Слабые стороны</b> (препятствия; почему это следует считать неудачной идеей)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Лучший вариант № \_\_\_\_\_

**Шаги по претворению в жизнь лучшего варианта:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

По материалам программы SafeCare© (National SafeCare Training and Research Center).



## ТАБЛИЦА ПОСТАНОВКИ ЦЕЛЕЙ ПРИ ВЕДЕНИИ СЛУЧАЯ

№	Виды целей	Цель	Задачи	Перечень мероприятий, которые необходимо провести для исполнения поставленных задач	Ответственный специалист	Сроки выполнения	Отметка о выполнении, примечания
1	Проблема, которая больше всего беспокоит клиента						
2	Поведение, которое в отсутствие контроля может повлечь тяжелые последствия						
3	Вопрос, который волнует ведомство, направившее клиента						
4	Поведение, с которым можно справиться наиболее быстро						
5	Промежуточные цели, то, что нужно сделать в первую очередь						

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ

Инструкция: «Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы. Нам важно выяснить, что Вы знаете о лечении. Здесь нет правильных и неправильных ответов, отвечайте, как Вы считаете нужным».

А. Следующие вопросы направлены на выявление Вашей информированности о лечении					Баллы
1.	<b>Вы понимаете разницу между ВИЧ и СПИДом?</b> Если ДА, пожалуйста, объясните _____	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
2.	<b>Знаете ли Вы, что измеряют CD4 и Т-клетки</b> Если ДА, пожалуйста, объясните _____	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
3.	<b>Знаете ли Вы, что означает вирусная нагрузка</b> Если ДА, пожалуйста, объясните _____	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
4.	<b>Знаете ли Вы, как действуют антиретровирусные препараты?</b> Если ДА, пожалуйста, объясните _____	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
<b>Б. Следующие утверждения направлены на выявление Ваших знаний и убеждений о приеме антиретровирусных препаратов</b>					
5.	<b>Я должен принимать их весь остаток моей жизни.</b>	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
6.	<b>Некоторые антиретровирусные препараты должны быть приняты на пустой желудок, а некоторые могут быть приняты во время еды.</b>	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
7.	<b>Прием лекарств через одинаковые промежутки времени влияет на их эффективность.</b>	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
8.	<b>Пропуск дозы и/или прием с опозданием, или неправильно будет определять, является ли лечение эффективным.</b>	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
9.	<b>Для моего эффективного лечения лучше всего, если я буду принимать лекарства в назначенных дозах, в одно и то же время в течение дня и правильно.</b>	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
10.	<b>Лекарственная устойчивость развивается, когда прием антиретровирусных препаратов пропускают и/или принимают с опозданием.</b>	ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить	
	<b>ИТОГО:</b>				

Правильным ответом является ответ «ДА» (при условии, что пациент правильно объясняет ответ). За каждый правильный ответ присваивается 1 балл. Максимальное количество баллов – 10 баллов. Меньшее количество баллов не является удовлетворительным и требует работы с пациентом. Данные вопросы отражают базовый уровень знаний пациента о болезни, поэтому в результате работы необходимо добиться получения пациентом максимального количества баллов. Анкета заполняется дважды.

## ОЦЕНКА РИСКОВ НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

### ВАРИАНТ А (для тех, кто не начал терапию)

ВОПРОСЫ		ЗАЩИТА	РИСК
<b>Оценка исходного уровня информированности:</b>			
1.	Владете ли Вы знаниями о ВИЧ-инфекции и ее лечении?	ДА	НЕТ
2.	Знаете ли Вы, что такое приверженность противовирусному лечению?	ДА	НЕТ
<b>Условия для приема препаратов:</b>			
3.	Знаете ли Вы, где можно безопасно хранить препараты дома? (Где)...	ДА	НЕТ
4.	Есть ли у Вас возможность уединения для приема лекарств дома?	ДА	НЕТ
5.	Насколько сильны Ваши опасения относительно того, что Ваши домашние или коллеги узнают о том, что Вы пьете таблетки?	Очень сильные (никто не знает)	Отношусь спокойно (есть люди, которые знают)
6.	Четкий ли у Вас режим дня?	ДА	НЕТ
7.	Как Вы питаетесь в течение дня?	В одно и то же время	Как получится
<b>Понимание условий терапии и вера в эффективность терапии:</b>			
8.	Знаете ли Вы о преимуществах, которые даст Вам терапия?	ДА	НЕТ
9.	Как Вам кажется, будут ли у Вас ограничения, связанные с приемом лекарств, и как Вы к ним относитесь?	НЕТ, образ жизни существенно не поменялся	ДА, приходится отказываться от дел, привычек (в том числе спиртного), неудобно
10.	Будете ли Вы вынуждены сильно поменять свой распорядок дня из-за терапии?	НЕТ	ДА
11.	Насколько Вы верите в эффективность терапии?	Уверен, что принимая терапию, могу быть здоровым, жить долго	Терапия бесполезна, лечения нет. Откажусь, если будет назначена
12.	Знаете ли Вы людей, которые сами уже принимают терапию?	ДА	НЕТ
13.	Есть ли человек, который может поддержать Вас в приеме терапии?	1, 2, 3, 4, 5 человек	Никто
<b>«Посторонние» факторы, влияющие на приверженность:</b>			
14.	Употребляете ли Вы наркотики (хотя бы 1 раз за последний месяц)?	НЕТ	ДА
15.	Насколько Вы перегружены в настоящий момент (финансовые проблемы, уход за ребенком, юридические проблемы)?	Нормальный режим труда и отдыха	Сильная нагрузка, много дел, усталость
16.	Как часто у Вас бывает плохое настроение, апатия, отсутствие аппетита, сна?	Редко	Часто, практически всегда (подчеркнуть)
17.	Могут ли побочные эффекты стать основанием прекращения приема препаратов по собственной инициативе?	НЕТ	ДА
18.	Знаете ли Вы, как можно справиться с побочными эффектами?	НЕТ	ДА
19.	Есть ли у Вас опыт приема таблеток длительное время (витамины, контрацептивы и т. д.)?	ДА	НЕТ
20.	По каким причинам Вы можете пропустить прием лекарств:		
21.	• могу забыть	НЕТ	ДА
22.	• проспать время приема	НЕТ	ДА
23.	• находиться вдали от дома	НЕТ	ДА
24.	• буду сильно занят	НЕТ	ДА
25.	• надоеет	НЕТ	ДА
26.	Какие еще факторы могут помешать Вам соблюдать режим лечения?		
<b>Контакт с врачом:</b>			
27.	Знаете ли Вы, как зовут Вашего врача?	ДА	НЕТ
28.	Насколько у Вас хороший контакт с ним? Если плохой, почему?	Хороший	Плохой
29.	Хорошо ли Вы понимаете назначения врача, почему Вам назначено лечение?	ДА, мне все понятно	НЕТ, не понимаю то, что говорит врач
30.	Можете встретиться с врачом, когда считаете нужным?	ДА	НЕТ
31.	Как часто Вы посещаете врача-инфекциониста?	Регулярно, не реже 1 раза в 6 месяцев	В случае крайней необходимости
32.	<b>ОЦЕНКА, ИТОГО:</b>		

**ВАРИАНТ Б (для тех, кто уже принимает терапию)**

Вопросы		ЗАЩИТА	РИСК
<b>Оценка исходного уровня информированности:</b>			
1.	Владете ли Вы знаниями о ВИЧ-инфекции и ее лечении?	ДА	НЕТ
2.	Знаете ли Вы, что такое приверженность противовирусному лечению?	ДА	НЕТ
<b>Условия для приема препаратов:</b>			
3.	Знаете ли Вы, где можно безопасно хранить препараты дома? (Где)...	ДА	НЕТ
4.	Есть ли у Вас возможность уединения для приема лекарств дома?	ДА	НЕТ
5.	Насколько сильны Ваши опасения относительно того, что Ваши домашние или коллеги узнают о том, что Вы пьете таблетки?	Очень сильные (никто не знает)	Отношусь спокойно (есть люди, которые знают)
6.	Четкий ли у Вас режим дня?	ДА	НЕТ
7.	Как Вы питаетесь в течение дня?	В одно и то же время	Как получится
<b>Понимание условий терапии и вера в эффективность терапии:</b>			
8.	Знаете ли Вы о преимуществах, которые дает терапия?	ДА	НЕТ
9.	Есть ли у Вас ограничения, связанные с приемом лекарств, и как Вы к ним относитесь?	НЕТ, образ жизни существенно не поменялся	ДА, приходится отказываться от дел, привычек (в том числе спиртного), неудобно
10.	Вынуждены ли Вы сильно поменять свой распорядок дня из-за терапии?	НЕТ	ДА
11.	Насколько Вы верите в эффективность терапии?	Уверен, что принимая терапию, могу быть здоровым, жить долго	Терапия бесполезна, лечения нет. Откажусь, если будет назначена
12.	Готовите ли Вы дозу заранее (дневную/на неделю)?	ДА	НЕТ
13.	Берете ли Вы таблетки с запасом, если уезжаете на несколько дней?	ДА	НЕТ
14.	Есть ли у Вас небольшой запас препаратов «на всякий случай»?	ДА	НЕТ
15.	Дата, когда Вы пойдете в следующий раз за препаратами	(записать)	Не знаю
16.	Знаете ли Вы людей, которые также принимают терапию?	ДА	НЕТ
17.	Есть ли человек, который может поддержать Вас в приеме терапии?	1, 2, 3, 4, 5 человек	Никто
<b>«Посторонние» факторы, влияющие на приверженность:</b>			
18.	Употребляете ли Вы наркотики (хотя бы 1 раз за последний месяц)?	НЕТ	ДА
19.	Насколько Вы перегружены в настоящий момент (финансовые проблемы, уход за ребенком, юридические проблемы)?	Нормальный режим труда и отдыха	Сильная нагрузка, много дел, усталость
20.	Как часто у Вас бывает плохое настроение, апатия, отсутствие аппетита, сна?	Редко	Часто, практически всегда (подчеркнуть)
21.	Бывали ли у Вас побочные эффекты ( <i>тошнота, диарея, рвота, пищеварительные расстройства</i> )?	Нет (были, но сейчас нет)	Да, часто бывают, появились в последнее время
22.	Знаете ли Вы, как справиться с побочными эффектами?	НЕТ	ДА
23.	По каким причинам Вы можете пропустить прием лекарств:		
24.	• забыл	НЕТ	ДА
25.	• проспал время приема	НЕТ	ДА
26.	• находился вдали от дома	НЕТ	ДА
27.	• был сильно занят	НЕТ	ДА
28.	• устал / надоело	НЕТ	ДА
29.	Какие еще факторы могут помешать Вам соблюдать режим лечения?		
<b>Контакт с врачом:</b>			
30.	Знаете ли Вы, как зовут Вашего врача?	ДА	НЕТ
31.	Насколько у Вас хороший контакт с ним? Если плохой, почему?	Хороший	Плохой
32.	Хорошо ли Вы понимаете назначения врача, почему Вам назначено лечение?	Да, мне все понятно	Нет, не понимаю, что мне говорит врач
33.	Можете встретиться с врачом, когда считаете нужным?	ДА	НЕТ
34.	Как часто Вы посещаете врача-инфекциониста?	Согласно его рекомендациям	В случае крайней необходимости
<b>ОЦЕНКА РИСКА, ИТОГО:</b>			

Обработка. Необходимо обвести один из двух вариантов ответа на каждый вопрос («да» или «нет»), который выбрал клиент. Затем подсчитывается сумма выборов из группы факторов риска (колонка «риск») и из группы факторов защиты (колонка «защита»). Далее планируется работа с выявленными рисками.



**Заключение** (заполняется кейс-менеджером дважды, первый раз – в начале участия в программе, второй раз – при окончании)

	Клиент:	ДА	НЕТ
1.	имеет моральную и практическую поддержку		
2.	приспособил прием препаратов к своему распорядку дня		
3.	понимает, что несоблюдение режима лечения приводит к лекарственной устойчивости		
4.	осознает, что нужно принимать все дозы		
5.	не чувствует стеснения при приеме препаратов в присутствии других лиц		
6.	не пропускает визитов к врачу		
7.	знает о взаимодействиях АРВ-препаратов и их побочных эффектах		
8.	осведомлен о тревожных симптомах и других обстоятельствах, при которых он должен обратиться к врачу		

**ПЛАН РАБОТЫ:**

№	Мера	Ответственный за выполнение	Дата выполнения	Отметка о выполнении

**АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ\***

НАЗВАНИЕ	ФОРМЫ ВЫПУСКА	ДОЗИРОВКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
<b>Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)</b>			
Абакавир	Таблетки 300 мг Суспензия 20 мг/мл	600 мг 1 раз в день или 300 мг 2 раза в день	Реакции гиперчувствительности вплоть до очень тяжелых
Диданозин	125, 200, 250 и 400 мг капсулы или таблетки Суспензия 10 мг/мл	При весе 60 кг и более – 400 мг 1 раз в сутки; при весе менее 60 кг – 250 мг 1 раз в сутки Принимать натощак (за 30 минут до или 2 часа после еды)	Периферическая нейропатия, панкреатит, тошнота, лактат-ацидоз
Зидовудин	300 мг таблетки, 100 мг капсулы Раствор для приема внутрь 10 мг/мл Раствор для внутривенного введения 10 мг/мл	300 мг 2 раза в день или 200 мг 3 раза в день	Тошнота, рвота, головная боль, астения, анемия, нейтропения
Ламивудин	Таблетки по 150 и 300 мг Раствор для приема внутрь 10 мг/мл	300 мг 1 раз в сутки или 150 мг 2 раза в сутки	Минимальная токсичность
Тенофовир	Таблетки 300 мг	300 мг 1 раз в сутки	Тошнота, рвота, диарея, астения, почечная недостаточность
Эмтрицитабин	Капсулы 200 мг Раствор для приема внутрь 10 мг/мл	200 мг 1 раз в сутки	Минимальная токсичность
<b>Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)</b>			
Невирапин	Таблетки 200 мг Суспензия 10 мг/мл	200 мг 1 раз в день первые 2 недели приема, затем 200 мг 2 раза в день	Сыпь, гепатит
Эфаверенц	Таблетки 600 мг Капсулы 50 и 200 мг	600 мг 1 раз в сутки перед сном на пустой желудок	Сыпь, побочные эффекты со стороны ЦНС, гиперлипидемия
Этравирин	Таблетки 100 и 200 мг	200 мг 2 раза в день	Сыпь, тошнота
<b>Ингибиторы протеазы (ИП)</b>			
Атазанавир	Капсулы 100, 150, 200, 300 мг	400 мг 1 раз в день или 300 мг + 100 мг ритонавира 1 раз в день	Непрямая гипербилирубинемия, пролонгированный PR интервал на ЭКГ, гипергликемия, сыпь (20%), гиперлипидемия

НАЗВАНИЕ	ФОРМЫ ВЫПУСКА	ДОЗИРОВКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
Дарунавир	Таблетки 75, 150, 300, 400 и 600 мг	800 мг + 100 мг ритонавира 1 раз в день (только для пациентов, не получавших АРВТ ранее или с документированным отсутствием мутаций резистентности к дарунавиру); основная схема – 600 мг + 100 мг ритонавира 2 раза в день	Сыпь, тошнота, диарея, гипергликемия, гиперлипидемия
Лопинавир/ ритонавир	Таблетки 100/25 или 200/50 мг  Раствор для приема внутрь 80/20 мг/мл	400/100 мг 2 раза в день  Прием 800/200 мг 1 раз в день – только для не получавших АРВТ ранее или с документированным отсутствием мутаций резистентности	Тошнота, рвота, диарея, астения, гипергликемия, гиперлипидемия
Ритонавир	Таблетки 100 мг  80 мг/мл раствор для приема внутрь	Для усиления (бустирования) действия других ИП согласно инструкции к этим ИП от 100 до 400 мг/сут  Как самостоятельный ИП в дозе 600 мг 2 раза в сутки	Тошнота, рвота, диарея, астения, гипергликемия, гиперлипидемия, парестезии на слизистой рта
<b>Ингибиторы интегразы (ИИ)</b>			
Ралтегравир	Таблетки 400 мг	400 мг 2 раза в день;  в сочетании с рифампицином 800 мг 2 раза в день	Тошнота, диарея, головная боль, повышение концентрации сывороточного креатинина, миопатия/ рабдомиолиз (редко)
<p>Доступные комбинированные формы:</p> <p>Абакавир (600 мг) + ламивудин (300 мг) – 1 раз в сутки;</p> <p>Абакавир (300 мг) + ламивудин (150 мг) + зидовудин (300 мг) – 2 раза в сутки;</p> <p>Тенофовир (300 мг) + эмтрицитабин (200 мг) – 1 раз в сутки;</p> <p>Тенофовир (300 мг) + эмтрицитабин (200 мг) + эфавиренц (600 мг) – 1 раз в сутки;</p> <p>Зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг) – 2 раза в сутки</p>			

\* В таблице представлены только препараты, разрешенные для использования в РФ.

## ПОКАЗАНИЯ К НАЧАЛУ АРВТ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ\*

СТАДИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ <sup>а</sup>	ЧИСЛО CD4 КЛЕТОК	РЕКОМЕНДАЦИИ
1	≤350 кл/мкл	Начать АРВТ
	>350 кл/мкл	Отложить начало АРВТ <sup>б</sup>
2	≤350 кл/мкл	Начать АРТ
	>350 кл/мкл	Отложить начало АРВТ <sup>б</sup>
3	независимо от числа CD4-лимфоцитов	Начать АРВТ
4	независимо от числа CD4-лимфоцитов	Начать АРВТ
Хронический ВГВ, требующий лечения <sup>в</sup>	независимо от числа CD4 -лимфоцитов	Начать АРВТ
Активный туберкулез <sup>г</sup>	независимо от числа CD4 -лимфоцитов	Начать АРВТ
ВГС, требующий лечения <sup>в</sup>	<500 кл/мкл	Начать АРВТ
	≥500 кл/мкл	Можно начать АРВТ <sup>а</sup>
Беременные	независимо от числа CD4 - лимфоцитов	Начать АРВТ (при CD4>350 начало может быть отложено до 14 недель)

<sup>а</sup> описание клинических стадий согласно пересмотру ВОЗ 2012 г.

<sup>б</sup> при снижении CD4 до уровня 400–450 кл/мкл пациенты готовят к началу лечения, обеспечивая регулярность наблюдения и определение количества CD4 не реже 1 раза в 6 месяцев, а у пациентов с ВН ВИЧ более 100 000 копий/мл – не реже 1 раза в 3 месяца.

<sup>в</sup> смотри в инструкции по применению «Метода ведения пациентов с сочетанной инфекцией: гепатиты В, С и ВИЧ-инфекция» 2012 г.

<sup>г</sup> смотри в инструкции по применению «Метода оптимизации обследования и лечения пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом», разработанного на основе рекомендаций ВОЗ 2012 г.

<sup>а</sup> кроме случаев, когда проводится или предполагается проводить противовирусное лечение ВГС; в этом случае начало АРВТ откладывается до завершения противовирусного лечения или до появления других показаний для начала АРВТ.

\*согласно рекомендациям ВОЗ 2013 г. возможность лечения должна рассматриваться у всех пациентов с CD4<500 кл/мкл при их готовности к лечению и наличии соответствующих возможностей в обеспечении АРВП пациентов с CD4 350–500 кл/мкл, не относящихся к категориям, описанным в данной таблице.

**АРВТ также показана** пациентам с заболеваниями, связанными с активностью вируса папилломы человека, и с лимфомой Ходжкина. При других, нуждающихся в химио- или лучевой терапии, опухолях, не являющихся ВИЧ-ассоциированными, у пациентов с CD4 более 350 кл/мкл необходимо отдавать предпочтение началу АРВТ. Такой же тактики следует придерживаться у пациентов с тубуло- или гломерулопатиями, тяжелыми неврологическими заболеваниями или когнитивными расстройствами, в том числе не связанными с ВИЧ.

Пациентам, практикующим секс без защитных средств с не инфицированными ВИЧ партнерами (в особенности в стабильных серодискордантных парах), АРВТ целесообразно начинать независимо от числа лимфоцитов CD4. Эта тактика приемлема при отсутствии недостатка в АРВП, и если пациенты, информированные о возможности снижения таким способом риска передачи ВИЧ, на этом настаивают. При этом они должны осознавать, что однажды начатая АРВТ будет продолжаться пожизненно и может сопровождаться различными по тяжести побочными эффектами.



## РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ АРВТ ПЕРВОГО РЯДА – ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ, АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ И ПРИЕМЛЕМЫЕ

	Схема АРВТ	Комбинация НИОТ		Третий АРВП в схеме
		Первый АРВП	Второй АРВП	
Предпочтительные	2 НИОТ+ эфавиренц	Эмтрицитабин <sup>г</sup> или ламивудин <sup>г</sup>	Тенофовир <sup>г</sup>	Эфавиренц
Альтернативные	2 НИОТ+ 1 ИП/р <sup>а</sup> или невирапин <sup>б</sup>		Абакавир или зидовудин <sup>а</sup>	1 ИП/р <sup>а</sup> или невирапин <sup>б</sup>
Приемлемые <sup>д</sup>			Зидовудин или тенофовир <sup>а</sup>	Абакавир или тенофовир, либо ралтегравир

<sup>а</sup> Атазанавир/ритонавир или лопинавир/ритонавир (предпочтительные препараты), дарунавир/ритонавир (альтернативные препараты) и фосампренавир/ритонавир и саквинавир/ритонавир (приемлемые препараты).

<sup>б</sup> Невирапин – альтернативный препарат с хорошо изученной эффективностью, в то же время способный вызвать тяжелые побочные эффекты вскоре после начала лечения. Безопаснее всего использовать невирапин лицам с низким числом лимфоцитов CD4 при невозможности назначить эфавиренц или ИП/р.

<sup>в</sup> Возможно использование только двух комбинаций из трех НИОТ, а именно: зидовудин + ламивудин или эмтрицитабин + абакавир и зидовудин + ламивудин или эмтрицитабин + тенофовир; их применяют только в том случае, если более эффективные и более безопасные схемы недоступны или противопоказаны.

<sup>г</sup> АРВП, которые предпочтительно комбинировать в схеме у ВИЧ-инфицированных, страдающих хроническим гепатитом В (независимо от того, требует ли лечения или нет).

<sup>д</sup> Диданозин, обладающий сильной митохондриальной токсичностью, в таблице не указан, но может быть использован в особых ситуациях, когда нет более безопасных вариантов.

У пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и ВГВ должны использоваться режимы, содержащие 2 препарата, активных в отношении ВИЧ и ВГВ – тенофовир + эмтрицитабин или тенофовир + ламивудин. При развитии резистентности любого из вирусов к НИОТ потребуются присоединение к существующей схеме активных в отношении этого вируса препаратов.

При проведении АРВТ постоянно необходимо учитывать возможные лекарственные взаимодействия АРВП с другими препаратами для предотвращения снижения их концентрации до субоптимального уровня или потенцирования токсичности. Это относится как к препаратам для лечения оппортунистических инфекций (в особенности туберкулеза), так и к препаратам других групп (контрацептивы, антигипертензивные, психотропные и др.).

В случае непереносимости какого-либо из АРВП производится его индивидуальная замена. Плохая переносимость АРВП снижает приверженность лечению и приводит к его неэффективности.

При развитии вирусологической, иммунологической или клинической неэффективности АРВТ производится замена не менее двух АРВП в схеме. При наличии возможности модификация схемы должна производиться на основе исследования резистентности ВИЧ.

Вирусологическая неэффективность определяется как появление определяемой ВН в двух последовательных исследованиях после супрессии ВИЧ или отсутствие успешной супрессии, которая определяется как снижение ВН не менее чем в 10 раз через 8 недель от начала АРВТ и затем до уровня менее 400 копий/мл через 24 недели АРВТ, а затем менее 40 копий/мл через 48 недель. Под иммунологической неэффективностью понимают отсутствие нарастания количества CD4-лимфоцитов через 6 месяцев АРВТ, под клинической – развитие заболеваний и состояний, характерных для 3 или 4 стадии заболевания; при исключении воспалительного синдрома восстановления иммунной системы.

## СХЕМЫ АРВТ ВТОРОГО РЯДА,

рекомендованные при вирусологической неудаче схемы первого ряда в условиях, когда своевременное определение лекарственной устойчивости ВИЧ невозможно

Схема первого ряда, потерпевшая неудачу	Схемы второго ряда					
	предпочтительные		альтернативные		приемлемые	
	НИОТ	Третий АРВП	НИОТ	Третий АРВП	НИОТ	Третий АРВП
AZT+3TC/FTC+ EFV/NVP	TDF+3TC/FTC	LPV/r или ATV/r	ABC+ 3TC/FTC	DRV/r	ddI+ 3TC/FTC	FPV/r или SQV/r
TNF/ABC+3TC/FTC+ EFV/NVP	AZT+ddI	LPV/r или ATV/r	AZT+ 3TC/FTC	DRV/r	AZT+ 3TC/FTC	FPV/r или SQV/r
2 НИОТ+ИП/p	2 НИОТ <sup>a</sup>	DRV/r	2 НИОТ <sup>a</sup>	LPV/r	2 НИОТ <sup>a</sup>	RAL
2 НИОТ + ралтегравир (RAL)	2 НИОТ <sup>a</sup>	LPV/r или ATV/r	2 НИОТ <sup>a</sup>	DRV/r	2 НИОТ <sup>a</sup>	FPV/r или SQV/r
3 НИОТ	2 НИОТ <sup>a</sup>	LPV/r или ATV/r	2 НИОТ <sup>a</sup>	DRV/r	2 НИОТ <sup>a</sup>	FPV/r или SQV/r

3TC/FTC3TC/FTC – ламивудин или эмтрицитабин

EFV/NVPEFV/NVP – эфавиренц или невирапин

<sup>a</sup> замена двух НИОТ производится, как указано в первых двух строках данной таблицы.

Ранее не получавшим ИП пациентам дарунавир/ритонавир назначают в дозе 800/100 мг 1 раз в сутки, а пациентам с вирусологической неудачей схемы АРВТ первого ряда на основе ИП – в дозе 600/100 мг 2 раза в сутки.







**Мониторинг приверженности** (необходимо использовать бланк самооценки приверженности; обсудить и отработать методы предупреждения пропусков)

1. Люди могут пропускать прием лекарств по различным причинам. Вот список возможных причин пропуска приема лекарств (прочитайте варианты вслух и повторите столько, сколько нужно).

Причины несоблюдения:

- |  |                                     |  |  |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Просто забыл                        | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Чувствовал себя подавленным/<br>перегруженным                  |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Был вдали от дома                   | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Чувствовал, что было слишком<br>много таблеток                 |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Был занят другими делами            | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Не хотел, чтобы другие заметили,<br>как Вы принимаете таблетки |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Были изменения в расписании дня     | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Чувствовал, что препарат<br>токсичный/вредный                  |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Заснул/проспал время дозы           | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Закончились таблетки   |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Почувствовал себя плохо или заболел | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Чувствовал себя хорошо   |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Хотел избежать побочных эффектов    | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Другое (уточните)<br>_____                                     |

2. Какие инструменты поддержки приверженности используются сейчас?

1. Органайзеры (коробочки для лекарств с ячейками).
2. Таблица для отметок.
3. Визуальные напоминания:
  - Разноцветные стикеры в местах, где бывает клиент/пациент (дом, работа, спортзал).
  - Банки с препаратами (стол, холодильник, шкаф и т. д.).
  - Другое.
4. Звуковые напоминания:
  - Мобильный телефон.
  - Таймер в ТВ.
  - Карманный будильник.
5. Помощь окружающих (вписать имя)
  - Члены семьи (в т. ч. родственники) \_\_\_\_\_
  - Консультант \_\_\_\_\_
  - Друзья \_\_\_\_\_
  - Знакомые ЛЖВ, принимающие АРВТ \_\_\_\_\_
  - Сотрудники \_\_\_\_\_

Проблемы с приверженностью определены:  Да  Нет.

Если ДА, был ли разработан план по повышению приверженности?  Да  Нет.

Сотрудник, заполнивший форму: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## БЛАНК САМООЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Имя клиента: \_\_\_\_\_ Код клиента: \_\_\_\_\_  
 Дата оценки приверженности: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (мм/дд/гггг)

Внимание: интервью и опрос проводятся с клиентами, которые в настоящее время принимают АРВТ. Цель этой формы узнать о приеме таблеток и проблемах, которые влияют на прием таблеток или приверженность. Эта форма используется для любых таблеток, если они принимаются более чем несколько дней.

- Пожалуйста, отвечайте на вопросы честно; никто Вас не осудит из-за Ваших ответов.
- Чувствуйте себя свободно, спрашивайте, если необходимо, Вам ответят на все вопросы.

Ваши ответы будут использоваться при планировании способов, которые помогут другим людям преодолеть трудности при приеме препаратов. Многие люди считают тяжелым соблюдение графика приема таблеток.

- Некоторые люди очень заняты и забывают носить таблетки с собой.
- Некоторые люди считают тяжелым прием таблеток согласно всем инструкциям, таким как «прием с пищей», «натощак», «с большим количеством жидкости».
- Некоторые люди решают пропустить прием, чтобы избежать побочных эффектов или сделать перерыв хотя бы на день.

Нам необходимо узнать, как люди, живущие с ВИЧ, регулируют прием таблеток. Пожалуйста, расскажите нам о том, что действительно Вы делаете. Не волнуйтесь и не бойтесь рассказать, что Вы не принимаете все Ваши таблетки. Нам необходимо знать, что происходит на самом деле, а не то, что, на Ваш взгляд, мы «хотим услышать».

### 1. Самоотчет. Пожалуйста, получите ответы на следующие вопросы.

Вопросы	Да	Нет
Думаете ли Вы иногда о том, что трудно всегда помнить о приеме таблеток?		
Когда чувствовали себя лучше, Вы прекращали прием таблеток?		
Вспомните последние четыре дня, пропускали ли Вы хотя бы одну дозу?		
Бывали ли случаи, когда Вы прекращали принимать таблетки, если после их приема чувствовали себя хуже?		

### 2. Подсчет таблеток.

Заполните эту страницу вместе с клиентом. Будьте готовы помочь клиенту вспомнить названия препаратов, которые им назначены, если это будет необходимо. Пожалуйста, предложите отдельный лист с названиями и картинками всех АРВТ препаратов.

Пожалуйста, укажите, **как называются таблетки**, которые Вы принимаете ежедневно, количество таблеток в каждой дозе, количество доз каждый день, и если приходилось пропустить, какое это было количество доз.

### Схема лечения

МЕДИЦИНСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ			СКОЛЬКО ДОЗ БЫЛО ПРОПУЩЕНО				ШАГ 3. Общее количество пропущенных доз
ШАГ 1. Название препарата (пример, Калетра)	Количество таблеток в дозе (за один прием)	Количество доз в день (таблеток в день)	Вчера?	Позавчера?	3 дня назад?	4 дня назад?	
1.							
2.							
3.							
4.							
			Для каждой строки (каждого препарата) поставьте пропущенные дозы в ячейках крайнего правого столбца. Затем заполните колонку «всего» (сумма всех АРВТ препаратов) в прямоугольнике справа				с ➔
ШАГ 2. (не ежедневно) предписанные таблетки всех АРВ препаратов в день а							Всего назначенных таблеток на четыре дня б

Для персонала:

A. Количество АРТ препаратов в назначении (число в строке при завершении шага 1 выше)

B. Назначенное количество доз за 4-дневный период (всего назначенных доз в день из шага 2 выше)

C. Общее количество пропущенных доз (общее число в ячейке после шага 3 выше)

D. Процент 4-дневной приверженности (%)

$$[(a-c)/b] \times 100 =$$

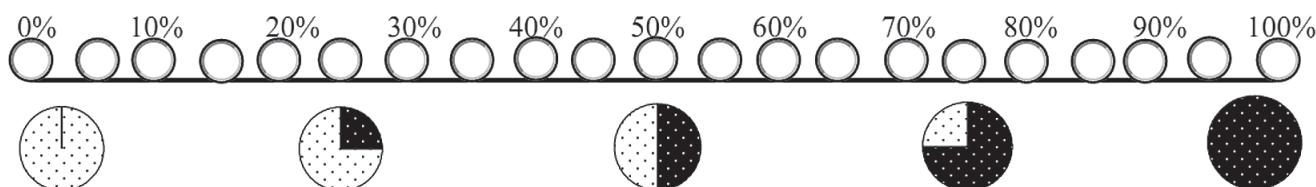
a

b

c

d

**3. Самооценка приверженности по визуальной шкале (VAS)** (покажите VAS клиенту во время и после вопроса). В целом за последние 4 недели сколько раз Вы приняли все Ваши лекарства, как это предписано Вашим врачом? Поставьте «X» на линию снизу в точке, которая показывает то, сколько лекарств Вы приняли. 0 % означает, что Вы не приняли ни одного лекарства; 50 % означает, что Вы приняли около половины установленного количества лекарства; 100 % означает, что Вы приняли все предписанные дозы своих лекарств.



Оценка по VAS:  %

Оценка приверженности:

Самоотчет	«Нет» на все вопросы	«Да» на один вопрос	«Да» на два и более вопросов
Подсчет таблеток	95 % и больше	75–94 %	Меньше, чем на 75 %
Самооценка приверженности по визуальной шкале (VAS)	95 % и больше	75–94 %	Меньше, чем на 75 %
Общая оценка приверженности	Высокая	Средняя	Низкая

*Примечание.* «Средний» уровень приверженности существует лишь условно, показателем, которого нужно добиться, является высокий уровень приверженности.

## ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

Ниже перечислены симптомы. Пожалуйста, укажите напротив каждого симптома, обведя «Да» или «Нет», испытывали ли **Вы** его со времени начала заболевания, и считаете ли **Вы**, что этот симптом связан с **Вашим** заболеванием.

	Испытывал этот симптом со времени начала моей болезни		Это связано с моей болезнью	
	да	нет	да	нет
боль	да	нет	да	нет
печет/дерет в горле	да	нет	да	нет
тошнота	да	нет	да	нет
одышка	да	нет	да	нет
повышение или понижение веса	да	нет	да	нет
усталость	да	нет	да	нет
жесткость/ боль в суставах	да	нет	да	нет
печет глаза	да	нет	да	нет
тяжелое/хрипящее дыхание	да	нет	да	нет
головная боль	да	нет	да	нет
расстройство желудка	да	нет	да	нет
трудности со сном	да	нет	да	нет
головокружение	да	нет	да	нет
потеря сил	да	нет	да	нет

Нас интересует, каково сейчас **Ваше** личное мнение о **Вашем** теперешнем заболевании. Пожалуйста, укажите, в какой степени **Вы** согласны или не согласны со следующими высказываниями по поводу вашей болезни, отметив цифру, наиболее точно отражающую **Ваш** ответ.

	Утверждение	Полностью согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совсем не согласен
1	Моя болезнь продлится короткое время.	5	4	3	2	1
2	Видимо, моя болезнь хроническая и не проходит.	5	4	3	2	1
3	Моя болезнь продлится долгое время.	5	4	3	2	1
4	Моя болезнь пройдет быстро.	5	4	3	2	1
5	Я предполагаю, что буду болен этой болезнью всю жизнь.	5	4	3	2	1
6	Моя болезнь серьезная.	5	4	3	2	1
7	Моя болезнь существенно влияет на мою жизнь.	5	4	3	2	1
8	У моей болезни нет сильного влияния на мою жизнь.	5	4	3	2	1
9	Моя болезнь сильно влияет на то, как другие люди воспринимают меня.	5	4	3	2	1
10	У моей болезни существенные финансовые последствия.	5	4	3	2	1
11	Моя болезнь доставляет трудности близким мне людям.	5	4	3	2	1
12	Я могу сделать многое, чтобы контролировать симптомы моей болезни.	5	4	3	2	1

	Утверждение	Полностью согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совсем не согласен
13	То, что я делаю, влияет на то, улучшится или ухудшится мое состояние.	5	4	3	2	1
14	Течение моей болезни зависит от меня.	5	4	3	2	1
15	Ничто из того, что я сделаю, не повлияет на мою болезнь.	5	4	3	2	1
16	В моих силах повлиять на мою болезнь.	5	4	3	2	1
17	Мои действия не окажут никакого влияния на результаты моей болезни.	5	4	3	2	1
18	Мое состояние улучшится со временем.	5	4	3	2	1
19	Не многое можно сделать, чтобы улучшить мое состояние.	5	4	3	2	1
20	Проводимое лечение моей болезни будет эффективно.	5	4	3	2	1
21	С помощью лечения можно избежать негативного влияния моей болезни.	5	4	3	2	1
22	С помощью лечения можно контролировать мою болезнь.	5	4	3	2	1
23	Ничто не может помочь состоянию моей болезни.	5	4	3	2	1
24	Симптомы моей болезни не понятны мне.	5	4	3	2	1
25	Моя болезнь является для меня загадкой.	5	4	3	2	1
26	Я не понимаю мою болезнь.	5	4	3	2	1
27	Я не понимаю, что происходит со мной (в плане болезни).	5	4	3	2	1
28	У меня есть четкое и ясное представление о состоянии моей болезни.	5	4	3	2	1
29	Симптомы моей болезни существенно меняются день ото дня.	5	4	3	2	1
30	Мои симптомы появляются и исчезают циклами.	5	4	3	2	1
31	Моя болезнь очень непредсказуема.	5	4	3	2	1
32	Я прохожу циклы, во время которых состояние моей болезни улучшается и ухудшается.	5	4	3	2	1
33	Я испытываю депрессивное состояние, когда думаю о болезни.	5	4	3	2	1
34	Когда я думаю о болезни, я расстраиваюсь.	5	4	3	2	1
35	Моя болезнь вызывает у меня чувство гнева.	5	4	3	2	1
36	Моя болезнь <u>не</u> беспокоит меня.	5	4	3	2	1
37	Моя болезнь вызывает у меня сильную тревогу.	5	4	3	2	1
38	Моя болезнь вызывает у меня чувство страха.	5	4	3	2	1



Нас интересует, что **Вы** считаете возможной причиной **Вашего** заболевания. **Ваше личное** мнение о факторах, возможно вызвавших **Ваше** заболевание, интересует нас больше, чем то, что предполагают врачи или члены **Вашей** семьи. Ниже перечислены возможные причины вашего заболевания. Пожалуйста, укажите, насколько **Вы** согласны или не согласны с тем, что эти причины вызвали Ваше заболевание, отметив ответ, наиболее соответствующий **Вашему** мнению.

	Причиной моего заболевания стали	Полностью согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совсем не согласен
1	Стресс или тревога.	5	4	3	2	1
2	Генетика – это передается в моей семье.	5	4	3	2	1
3	Микроб или вирус.	5	4	3	2	1
4	Питание или привычки, связанные с едой.	5	4	3	2	1
5	Случайность или невезение.	5	4	3	2	1
6	Плохое медицинское обслуживание в моем прошлом.	5	4	3	2	1
7	Заражение окружающей среды.	5	4	3	2	1
8	Мое поведение.	5	4	3	2	1
9	Негативные мысли о жизни.	5	4	3	2	1
10	Семейные проблемы или тревоги.	5	4	3	2	1
11	Слишком много работы, усиленный труд.	5	4	3	2	1
12	Мое эмоциональное состояние. Например, я испытывал грусть, одиночество, тревогу, опустошенность.	5	4	3	2	1
13	Изменения с возрастом.	5	4	3	2	1
14	Алкоголь.	5	4	3	2	1
15	Курение.	5	4	3	2	1
16	Несчастный случай или травма.	5	4	3	2	1
17	Особенности моего характера.	5	4	3	2	1
18	Нарушение иммунитета.	5	4	3	2	1

Пожалуйста, перечислите в порядке значимости 3 самых важных, по Вашему мнению, причины, которые вызвали Ваше заболевание. Вы можете указать вышеперечисленные причины или Ваши собственные.

Наиболее важными причинами моего заболевания являются:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## ОПРОСНИК СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ (PHQ-9)

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы (обведите кружком цифру в поле, соответствующую вашему ответу):	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. Вам не хотелось ничего делать	0	1	2	3
2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы были утомлены, или у Вас было мало сил	0	1	2	3
5. У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали	0	1	2	3
6. Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	0	1	2	3
7. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	0	1	2	3
8. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали. Или, наоборот, Вы были настолько суетливы и взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	0	1	2	3

Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем.

**Совсем не трудно**

**Немного трудно**

**Очень трудно**

**Чрезвычайно трудно**

Только для персонала:

Можно суммировать баллы, в случае, если в таблице баллы не указаны, и пациент просто пометает выбранное поле, то следует подсчитать количество выбранных ячеек в каждой из колонок. Умножить это число на значение, указанное ниже, а затем рассчитать общий балл. Диапазон возможных значений: 0 – 27.

Ни разу ( ) \_\_\_\_ x 0 = \_\_\_\_

Несколько дней ( ) \_\_\_\_ x 1 = \_\_\_\_

Более недели ( ) \_\_\_\_ x 2 = \_\_\_\_

Почти каждый день ( ) \_\_\_\_ x 3 = \_\_\_\_

**Общий балл = \_\_\_\_**

Минимальная депрессия: **0 – 4**. Возможно, пациент не нуждается в лечении депрессии.

Незначительная депрессия: **5 – 9**. Возможно, пациент не нуждается в лечении депрессии.

Умеренная депрессия: **10 – 14**. Необходимость лечения рассматривается исходя из продолжительности симптомов и функциональных нарушений.

Умеренно тяжелая депрессия: **15 – 19**. Необходимость лечения рассматривается исходя из продолжительности симптомов и функциональных нарушений.

Тяжелая депрессия: **20 – 27**. Необходимо лечение депрессии с применением антидепрессантов и/или психотерапии.

Разработано докторами Робертом Л. Шпицем (Robert L. Spitzer), Джанет Б.У. Уилльямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Воспроизведение, перевод, показ и распространение разрешены.

## ШКАЛА ТРЕВОЖНОСТИ (GAD-7)

Как часто Вас за последние 14 дней беспокоили следующие проблемы:	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. Вы нервничали, тревожились или испытывали сильный стресс	0	1	2	3
2. Вы были не способны успокоиться или контролировать свое волнение	0	1	2	3
3. Вы слишком сильно волновались по различным поводам	0	1	2	3
4. Вам было трудно расслабиться	0	1	2	3
5. Вы были настолько суетливы, что Вам было тяжело усидеть на месте	0	1	2	3
6. Вы легко злились или раздражались	0	1	2	3
7. Вы испытывали страх, словно должно произойти нечто ужасное	0	1	2	3

**Только для персонала: общее число баллов =** \_\_\_0 + \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_

Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем.

**Совсем не трудно**

**Немного трудно**

**Очень трудно**

**Чрезвычайно трудно**

Этот показатель рассчитывается путем присвоения баллов 0, 1, 2 и 3 соответствующим категориям ответов: «Ни разу», «Несколько дней», «Более недели», «Почти каждый день».

Баллы по шкале GAD-7 могут быть в диапазоне от 0 до 21:

**0 – 4:** минимальная тревога,

**5 – 9:** незначительная тревога,

**10 – 14:** умеренная тревога,

**15 – 21:** тяжелая тревога.

Разработано докторами Робертом Л. Шпицем (Robert L. Spitzer), Джанет Б.У. Уилльямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Воспроизведение, перевод, показ и распространение разрешены.

## ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ПО ПРИВЕРЖЕННОСТИ АРВТ

Представленную информацию рекомендуется использовать как в процессе консультирования, так и для создания информационных материалов (буклетов) для пациентов.

### КИТ 1. Основные сведения о болезни.

- 1.1. Инфекционная природа.
- 1.2. Развитие ВИЧ-инфекции.
- 1.3. Меры предосторожности для предупреждения заражения других людей.
- 1.4. Предупреждение повторного инфицирования.

### КИТ 2. Практические стороны лечения.

- 2.1. Цели лечения.
- 2.2. Ежедневная схема приема препаратов.
- 2.3. Организация приема препаратов.

- 2.4. Правила приема препаратов (взаимосвязь с приемом пищи, другими препаратами).
- 2.5. Негативные последствия нарушения режимов приема и дозировок препаратов.
- 2.6. Побочные эффекты.

### КИТ 3. Соблюдение режима лечения.

- 3.1. Ответы на вопросы клиента/пациента.
- 3.2. «Что делать, если...?» Следует подробно обсудить эту тему, включая ответы на вопросы, что делать, если пациент перепутал препараты или пропустил прием препарата, как поступить при появлении побочных эффектов, не позволяющих продолжить лечение.
- 3.3. Резистентность.
- 3.4. Изменение образа жизни.

## Содержание

Если у вас установлен диагноз «ВИЧ-инфекция» – это не значит, что жизнь заканчивается. Жизнь продолжается! Качество и продолжительность жизни во многом зависят от Вас, Вашего настроения, образа жизни и других факторов, о которых Вы можете узнать у врача-инфекциониста и у наших консультантов. В на-

шем центре социального сопровождения мы можем обсудить общие вопросы жизни с ВИЧ, решить некоторые технические сложности, которые, возможно, у Вас возникают при лечении. Однако специфические вопросы лечения и здоровья лучше всегда обсуждать с Вашим лечащим врачом-инфекционистом.

## КИТ 1. Основные сведения о болезни

### 1.1. Инфекционная природа

ВИЧ-инфекция – это инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Как и все другие вирусы, ВИЧ не может существовать самостоятельно. Для своего размножения ему необходима клетка-хозяин, паразитируя внутри которой вирус размножается и проникает в другие клетки. ВИЧ использует как клетку-хозяина особые клетки иммунной системы.

Иммунная система – это сложный защитный аппарат человеческого тела, предназначенный для защиты от инфекций. Она состоит из различных типов иммунных клеток, которые можно сравнить с защитными войсками. В рамках сложного взаимодействия эти клетки регулируют защиту от вторжения вредоносных агентов (бактерий, паразитов, вирусов), которые постоянно окружают нас во внешней среде.

Одно из особых подразделений защитных войск составляют клетки-убийцы. Это особое подразделение может напрямую поражать и уничтожать чужеродные

вредоносные агенты. Следующее подразделение это – В-клетки, выступающие в роли полиции нашего тела. Эти клетки производят антитела и с их помощью помечают чужеродные агенты, что ведет к их обезвреживанию.

Командный пункт иммунной системы составляют CD4-клетки-помощники. Они отдают приказы другим подразделениям защитных войск, мобилизуя их к проведению операций. Это делает CD4-клетки незаменимым компонентом иммунной системы.

Оптимально функционирующая иммунная система с хорошо подготовленными защитными войсками обеспечивает надёжную защиту от болезнетворных агентов.

ВИЧ, к сожалению, занимает и разрушает командный пункт иммунной системы. Он размножается внутри CD4-клеток-помощников, направляющих действия защитных войск, и этим разрушает стройно функционирующую армию иммунной защиты.

В этой ситуации организм не оказывает больше сопротивления тем чужеродным агентам, которые в нормальной ситуации не представляют опасности, так

как они незаметно уничтожаются защитными силами организма.

Таким образом, ВИЧ нарушает работу иммунной системы, однако, сегодня существует лечение ВИЧ-инфекции – антиретровирусная терапия (АРВТ), благодаря которой это заболевание становится хроническим. АРВТ подавляет размножение ВИЧ, но не уничтожает его полностью. Способов удалить ВИЧ из организма на сегодня не существует, но, вероятнее всего, они появятся в будущем.

## 1.2. Развитие ВИЧ-инфекции

С момента проникновения вируса в организм в среднем от 6 до 10 лет проходят без симптомов.

Вместе с тем, ежедневно производятся миллионы новых вирусов. Количество ВИЧ, которое можно измерить в крови, называется вирусной нагрузкой (англ. virus load). Высокая вирусная нагрузка означает, что в крови находится значительное количество вируса и что вирус активно и быстро размножается.

Непосредственно после заражения ВИЧ вирусная нагрузка очень высока. Однако к этому моменту иммунная система еще достаточно активна и поэтому вирусная нагрузка через несколько недель после заражения снижается.

Количество вирусов в теле остается долгое время стабильным, поскольку вырабатывается равновесие между продукцией вируса и защитными силами иммунной системы.

При дальнейшем развитии ВИЧ-инфекции иммунная система становится все слабее и слабее, ВИЧ размножается без ограничения, и вирусная нагрузка снова увеличивается.

Таким образом, в течение длительного периода иммунная система в состоянии самостоятельно справиться с вирусом. Но когда она ослабевает, организм становится уязвимым для таких заболеваний, как туберкулез, пневмоцистная пневмония, различные грибковые заболевания, обычно не представляющие опасности для здоровой иммунной системы. Такое состояние называется синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). А заболевания, развивающиеся на фоне сниженного иммунитета, называются оппортунистическими.

Иммунная система не способна более в одиночку бороться с ВИЧ, ей требуется поддержка медикаментами.

Основными показателями здоровья человека, живущего с ВИЧ, является вирусная нагрузка и количество CD4-клеток, которое будет контролироваться специальными тестами (анализами крови).

- В норме количество CD4 составляет 800–1200 клеток/мкл. Со временем, под воздействием ВИЧ-инфекции количество клеток снижается.
- Количество CD4 200–500 клеток/мкл говорит о сниженной работе иммунной системы.
- Если количество CD4 ниже 200 клеток/мкл, появляется опасность тяжелых оппортунистических заболеваний.

Вирусная нагрузка показывает количество вирусных частиц в 1 мл крови.

- Вирусная нагрузка до 10.000 копий/мл считается невысокой,
- от 10.000 до 50.000 копий/мл – средней,
- от 50.000 до 100.000 копий/мл – высокой.

Связь между иммунным статусом и вирусной нагрузкой можно образно представить в виде поезда, идущего по рельсам. Иммунный статус – это расстояние, которое остается до стадии СПИДа, вирусная нагрузка – это скорость, с которой движется поезд.

## 1.3. Меры предосторожности для предупреждения заражения других людей

Людям, живущим с ВИЧ, необходимо чуть больше заботы о своем здоровье, вместе с тем, необходимо соблюдать простые рекомендации для предупреждения инфицирования других людей.

ВИЧ не передается:

- при кашле и чихании;
- через общую посуду, столовые приборы, полотенца и постельное белье;
- через туалет и ванную (при совместном их использовании);
- через воду в бассейне;
- через укусы насекомых или животных.

Неповрежденная кожа является хорошим барьером, защищающим от вируса иммунодефицита человека.

Заражение человека ВИЧ может произойти только при контакте с определенными жидкостями тела человека (кровь, семенная жидкость, выделения из влагалища и грудное молоко), которые содержат большие количества вируса. Опасность заражения наиболее велика при сексуальном контакте без мер предохранения и при использовании одних и тех же шприцев несколькими людьми (употребляющими наркотики). При образе жизни, свободном от употребления наркотиков, необходимо помнить о возможности передачи вируса половым путем.

Чтобы защитить партнера от заражения, следует использовать презерватив. Правильное использование презерватива позволяет эффективно защитить здорового партнера от заражения ВИЧ. Прием специального лечения снижает количество вируса в организме, следовательно, риск передачи ВИЧ неинфицированному партнеру снижается. Однако терапия не может полностью гарантировать предотвращения инфицирования партнера ВИЧ.

## 1.4. Предупреждение повторного инфицирования

Использование презерватива также важно, если оба партнера ВИЧ-положительны, так как предупреждает обмен разными вариантами вируса, в особенно-



сти, если кто-то из них не получает АРВТ или оба получают разные схемы терапии. Если человек употребляет наркотики, при этом у него есть ВИЧ-инфекция, все равно необходимо использовать чистый инъек-

ционный инструментарий, чтобы не заразить других людей и не ухудшить собственное здоровье, в связи с заражением другими вариантами вируса от других людей.

## КИТ 2. Практические стороны лечения

### 2.1. Цели лечения

Для лечения ВИЧ-инфекции используются антиретровирусные препараты (АРВП) в определенной дозировке и комбинации. Стандартом лечения является высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) – комбинация трех и более АРВП.

ВААРТ направлена на подавление способности вируса к размножению. При применении ВААРТ с течением времени общее количество вирусов в крови человека снижается. При этом иммунная система начинает восстанавливаться. При эффективном лечении вирусная нагрузка может снизиться до неопределяемых диагностическими тестами значений.

Важнейшая задача терапии заключается в повышении числа CD4-клеток в крови, т. е. в восстановлении активности иммунной системы. Условием этого является подавление размножения вируса.

Для определения эффективности терапии важны два лабораторных показателя:

1. Вирусная нагрузка (virus load), т. е. число вирусов в крови: она дает представление о том, насколько успешно идет борьба с вирусом. Вирусная нагрузка выражается всегда числом вирусов в миллилитре крови. Как правило, врач определяет вирусную нагрузку один раз в 2–6 месяцев. Иногда более частое определение может стать необходимым, например, при применении новых медикаментов.
2. Число CD4-клеток-помощников показывает степень восстановления иммунной системы. Число CD4-клеток определяется также каждые 3–6 месяцев. Оно выражается числом CD4-клеток/мкл (= 1/1000 ml) крови.

Таким образом, целями терапии являются:

- Вирусологическая. Заключается в том, чтобы остановить размножение вируса в организме. Это основная цель АРВТ. Показателем вирусологической эффективности служит снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня.
- Иммунологическая – восстановление иммунной системы. Когда вирусная нагрузка снижается, организм получает возможность постепенно восстановить количество CD4-лимфоцитов и, соответственно, адекватный иммунный ответ. Следует понимать, что напрямую АРВТ не влияет на уровень CD4-клеток.
- Клиническая – увеличение продолжительности и качества жизни ВИЧ-положительного. Прием терапии в большинстве случаев предотвращает развитие СПИДа, а значит, заболеваний,

которые могли бы ухудшить его жизнь и даже привести к гибели.

**ВАЖНО:** своевременное начало лечения (при уровне CD4-клеток не ниже 350 в мкл). Вовремя начав прием антиретровирусной терапии и следуя всем указаниям врача, люди, живущие с ВИЧ, могут прожить такую же долгую и полноценную жизнь, как если бы никогда не инфицировались ВИЧ.

### 2.2. Ежедневная схема приема препаратов

Противовирусные медикаменты поражают инструменты ВИЧ, необходимые для его размножения.

При лечении должны использоваться комбинации антиретровирусных препаратов различных классов. Как правило, первая схема составляется из 3 препаратов, в ряде случаев назначают схему из 4–5 препаратов. Назначение 3 и более препаратов 2 различных классов позволяет эффективно снижать вирусную нагрузку, что помогает избежать формирования штаммов вируса, устойчивых к АРВП.

Какая комбинация препаратов подходит лично Вам, разъяснит Ваш врач при разговоре с Вами. Совместно с врачом Вам следует подобрать такое лечение, которое оптимально подходит к образу Вашей жизни. Это является условием регулярного приема медикаментов.

При лечении ВИЧ АРВП нужно будет принимать каждый день в течение всей жизни. Частота приема препаратов зависит от особенностей их комбинации. Постоянный прием комплекса препаратов предполагает минимум три препарата из двух разных классов. Медикаменты, которые разрушаются в организме человека медленно, необходимо принимать два или даже один раз в день.

### 2.3. Организация приема препаратов

Успех противовирусной терапии в значительной степени зависит от регулярного приема препаратов. Непосредственно после приема препаратов их концентрация максимально высока.

В процессе разрушения препарата его концентрация в крови и органах снижается.

Чтобы предотвратить слишком низкую концентрацию препарата в крови, следует принять следующую дозу. При слишком низкой концентрации медикамента ВИЧ будет продолжать размножаться и легко изменится таким образом, чтобы стать невосприимчи-

вым к тому препарату, чья концентрация была недостаточно высокой.

Противовирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции не поступают в свободную продажу в аптечную сеть Беларуси. Все АРВП можно получить совершенно бесплатно по назначению врача-инфекциониста. Для того чтобы наблюдаться у врача и получать лечение, необходимо находиться на диспансерном наблюдении (обратиться в инфекционную больницу). Препараты будут выдаваться на 1–3 месяца в зависимости от продолжительности и эффективности лечения.

Большинство людей считают, что тяжело всегда помнить о том, что нужно принять таблетки. Врачу действительно важно понимать, как Вы на самом деле принимаете препараты. Не бойтесь сказать, если Вы не всегда принимаете дозы, как Вам назначено. Люди могут пропускать прием лекарств по различным причинам. Большинство людей просто забывают принять препараты. Важно следить, чтобы Вы своевременно получали препараты в своем лечебном учреждении.

Необходимо продумать, как Вы будете себе напоминать о времени приема препаратов. Можно использовать следующие методы.

1. Органайзеры или «таблетницы» (коробочки для лекарств с ячейками).
2. Прием препаратов под определенную программу по телевизору.
3. Таблица для отметок.
4. Визуальные напоминания:
  - Разноцветные стикеры в местах, где бываете (дом, работа, спортзал), с ними должен ассоциироваться прием препаратов.
  - Банки с препаратами на видном месте (стол, холодильник, шкаф и т. д.)
  - Другое.
5. Звуковые напоминания:
  - Мобильный телефон.
  - Таймер в ТВ.
  - Карманный будильник.
6. Помощь окружающих.

## **2.4. Правила приема препаратов (взаимосвязь с приемом пищи, другими препаратами)**

Как правило, прием современных АРВП не связан с приемом пищи. Однако есть некоторые из них, которые плохо усваиваются организмом, если принимать их со слишком большим или слишком малым количеством пищи, или с очень жирной пищей. Некоторые препараты могут вступать во взаимодействие с другими лекарствами, которые человек принимает по поводу других заболеваний.

## **2.5. Негативные последствия нарушения режимов приема и дозировок препаратов**

Приверженность лечению – это прием препаратов в точном соответствии с предписаниями врача: в определенное время, в правильном количестве, при соблюдении правил приема и специфики питания. От уровня приверженности зависит успешность лечения.

Необходимо принимать лекарства каждый день в одно и то же время. На основании исследований было доказано, что пропуск одной или двух доз в неделю может существенно повлиять на успешность лечения. Чем выше приверженность, тем больше шансов снизить уровень вирусной нагрузки до неопределяемого. Наибольшая вероятность такого результата достигается при полном или почти полном соблюдении режима лечения (не менее чем на 95 %). Наилучший результат достигается при 100 %-ной приверженности. При соблюдении режима лечения на 70 % снизить вирусную нагрузку до неопределяемого уровня практически невозможно.

Основными последствиями низкой приверженности лечению является снижение эффективности терапии показателем чего служат определяемая вирусная нагрузка ВИЧ, ослабление иммунной системы (снижение количества CD4-лимфоцитов), развитие заболеваний, характерных для СПИДа.

## **2.6. Побочные эффекты**

Все в настоящее время доступные медикаменты имеют как преимущества, так и недостатки. Некоторые медикаменты могут вызывать побочные эффекты. Побочные эффекты – это нежелательные реакции, которые возникают в результате воздействия лекарственных препаратов на организм человека. Необходимо заранее обсудить с врачом, какие могут быть побочные эффекты и как с ними справляться. В большинстве случаев побочные эффекты крайне недолговечны и проходят через 2–8 недель после начала приема препаратов.

Наиболее распространенными побочными эффектами являются тошнота и диарея, появляющиеся в первые несколько дней или недель приема препаратов. О появлении побочных эффектов необходимо сразу же поставить в известность своего лечащего врача. Если побочные эффекты не ослабевают после первых недель или месяцев приема АРВП-препаратов, стоит обсудить возможность назначения альтернативной лекарственной комбинации. Болезни и осложнения, к которым при отсутствии лечения приводит ВИЧ-инфекция, являются гораздо более серьезными неприятностями, чем временный дискомфорт, вызванный побочным действием АРВП.

## КИТ 3. Соблюдение режима лечения

### 3.1. Ответы на вопросы клиента/пациента.

### 3.2. «Что делать, если...?»

Проблема	Что делать
если Вам неудобно принимать препараты в присутствии других людей, например, на работе	заранее продумайте, кому Вы расскажете о принимаемой терапии, а кому нет; продумайте, где можно незаметно принять препараты на работе
если нет возможности полноценно пообедать во время рабочего дня, а дневную дозу препаратов нужно принимать с пищей	всегда берите с собой бутерброды или что-то перекусить
если все-таки нет никакой возможности принимать препараты с пищей во время обеда	поговорите с врачом: возможно, он назначит вам схему лечения, в которой принимать препараты можно не 3, а только 2 раза в сутки (утром и вечером), или схему с препаратами, которые можно принимать без пищи
если Вы уезжаете из города (на дачу, в отпуск, в командировку)	обязательно подумайте о планируемом путешествии заранее; получите у врача необходимое количество препаратов, для того чтобы лечение не прерывалось
если впереди праздники, выходные или другое нерабочее для кабинета время	следите, чтобы дома имелся определенный запас препаратов – это позволит избежать того, что Вы случайно останетесь без лекарств, не сможете их вовремя получить в поликлинике
если Вы забыли принять одну дозу препаратов	если прошло не более 2 часов – примите пропущенную дозу и далее в положенное время – следующую дозу; если прошло более 2 часов – то просто далее в положенное время примите следующую дозу (ни в коем случае не принимайте двойную дозу)
если Вы наркопотребитель и «сорвались»	если начата терапия ВИЧ-инфекции – она не должна прерываться; если Вы не уверены в себе, в том, что сами сможете ответственно принимать препараты, – попросите, чтобы кто-то из близких в сложные для Вас моменты помогал Вам с приемом препаратов; обсудите с врачом-наркологом, есть ли возможность Вашего участия в программе заместительной терапии
если знакомые советуют Вам начать новую диету	ВИЧ-позитивный человек должен питаться полноценно, а не «сидеть на диетах»; если Вы хотите что-то изменить в своем рационе питания – проконсультируйтесь с врачом
если знакомые советуют Вам принимать травяные препараты или биологически активные добавки (БАДы)	БАДы и многие лечебные травы могут плохо влиять на усвояемость препаратов против ВИЧ-инфекции – лучше от них воздержаться
если Вам неприятен вкус таблеток или Вы не можете их глотать из-за большого размера или количества	обсудите с врачом – существует ли возможность заменить один из препаратов на другой (с менее неприятным вкусом, в более мелких таблетках)
если Вы опасаетесь развития побочных эффектов	при проведении терапии по современным схемам у людей, у которых развитие ВИЧ-инфекции не зашло слишком далеко, частота развития побочных эффектов не очень высока; кроме того, за развитием большинства побочных эффектов можно следить, а при появлении – вовремя их устранять
если у Вас развились побочные эффекты	не прекращайте принимать терапию самостоятельно без совета врача, если у Вас развились рвота, понос, недомогание, легкая сыпь – обычно они неопасны и быстро проходят; вместе с тем, обязательно проконсультируйтесь с врачом, так как некоторые побочные эффекты могут быть серьезными и требовать отмены/замены препаратов

если у Вас не складываются взаимоотношения с Вашим врачом	в проведении АРВТ заинтересованы прежде всего Вы – поэтому постарайтесь установить с врачом взаимоуважительные, доверительные отношения; если этого все-таки не получилось – найдите другого врача, которому Вы можете доверить заботу о своем здоровье
если Вам кажется, что лечение не приносит результата	в отличие от болезни, здоровье – незаметное состояние, и действительно, ощущение бессмысленности проведения АРВТ иногда может появляться; чтобы с ним справиться, вспомните, как Вы себя чувствовали до лечения и как после его начала, поговорите с врачом об улучшении показателей Ваших лабораторных обследований на фоне лечения, поговорите со своими близкими о планах на будущее
если Вы негативно настроены не только к лечению, но и ко всему окружающему	возможно, это депрессия, и Вам поможет общение с психологом и назначение специальных лекарств
если у Вас есть желание поговорить с людьми, которые как и Вы принимают АРВТ	в конце данного буклета приведены контакты группы взаимопомощи ВИЧ-позитивных людей, где Вы можете обсудить наболевшее с людьми, оказавшимися в сходном с Вашим положении и также принимающими АРТ

### 3.3. Резистентность

Требования к приверженности антиретровирусной терапии объясняются особенностями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), в первую очередь его необычайно высокой склонностью к мутациям. Каждая пропущенная пациентом дозировка создает вирусу благоприятные условия для формирования устойчивости к получаемой терапии. Для многих современных препаратов АРВТ порогом резистентности являются 4–6 мутаций, а для некоторых препаратов (эфавиренц, невирапин) этот порог составляет всего лишь 1 мутацию. То есть, имеется вероятность того, что пропустив лишь один прием препаратов, человек потеряет возможность применять их в дальнейшем, поскольку они станут неэффективными, ВИЧ сможет размножаться в их присутствии.

ВИЧ может потерять чувствительность к противовирусным медикаментам. Подобное отсутствие чувствительности обозначают как резистентность. Резистентность против терапии может возникнуть только тогда, когда вирусы в присутствии медикаментов продолжают размножаться, поскольку концентрация лекарств в крови слишком низка. Важные факторы, ведущие к низкой концентрации препаратов:

- нарушения усвоения медикаментов в теле (понос, рвота и т. д.);
- нерегулярный прием медикаментов;
- неправильный прием препаратов (например, со слишком большим или слишком малым количеством пищи, или с неполноценной пищей).

### 3.4. Изменение образа жизни. Основные аспекты

#### Отказ от курения.

- Кратко, но однозначно необходимо рекомендовать пациенту бросить курить.
- Если пациент не имеет такого намерения, стоит его мотивировать: обратить внимание на быстро проявляющиеся положительные

аспекты (больше денег на другие потребности, улучшение вкусовых ощущений, лучшее состояние кожи, уменьшение одышки), а также на долгосрочные преимущества (предупреждение ХОБЛ, ИБС, инсульта, рака легких).

- Если пациент имеет намерение бросить курить, необходимо зафиксировать дату, когда он это сделает. Установить систему вознаграждения.
- При необходимости, на стадии отвыкания можно использовать заменители никотина (пластыри, жевательную резинку, аэрозоли), варениклин или бупропион (примечание: оба препарата могут оказывать побочное воздействие на ЦНС, в том числе привести к ухудшению эмоционального состояния (подавленное настроение); бупропион может взаимодействовать с ИП и ННИОТ).
- Можно рассмотреть возможность направления пациента в специализированную службу или к специалисту, которые помогут решить данную проблему.
- Следует ожидать рецидивов. Пациенту нужно объяснить, что рецидив – это часть процесса отвыкания, ведущего к полному воздержанию от никотина.

#### Советы по режиму питания.

- Изменения режима питания не должны противоречить требованиям к рациону, который необходим для надлежащего усвоения принимаемых препаратов АРТ.
- Важно поддержание баланса между потреблением калорий и энергозатратами.
- Стоит ограничить потребление насыщенных жиров, холестерина и рафинированных углеводов.
- Следует снизить общее потребление жира до < 30 % и пищевого холестерина до < 300 мг/день.
- Рекомендовать необходимость включения в рацион овощей, фруктов, зерновых продуктов с высоким содержанием клетчатки.
- Можно подчеркнуть необходимость потребления рыбы, птицы (без кожицы) и постного мяса.

- При необходимости можно рекомендовать обращение к диетологу, ведение дневника потребления пищи и напитков в течение недели, чтобы найти «скрытые» калории.
- Консультанту следует обращать внимание на возможность компульсивного потребления пищи пациентом («диета йо-йо»).
- Пациентов с ВИЧ-ассоциированным истощением и дислипидемией нужно прежде всего лечить от истощения, а затем, при необходимости, направлять к диетологу.
- Пациентов с явно избыточным весом следует мотивировать к снижению веса. Голодные диеты не рекомендуются (т. к. они могут ослабить механизмы иммунной защиты). При выявлении недостаточности питания необходимо это исправить. Нормальный диапазон ИМТ: 18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Избыточный вес: 25,0 – 29,9 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение: > 30,0 кг/м<sup>2</sup>.
- Потребление алкоголя должно быть ограничено до <20–40 г в день. В частности, пациентов, у которых имеется заболевание печени, проблемы с приверженностью к лечению, неадекватное увеличение количества Т-лимфоцитов CD4, туберкулез в анамнезе, диарея и другие патологии, связанные с высоким потреблением алкоголя, следует побуждать к снижению или прекращению потребления алкоголя.

#### **Увеличение физических нагрузок и упражнений.**

- Пропаганда активного образа жизни для предупреждения и лечения ожирения, гипертензии и диабета.
- Поощрение самостоятельных регулярных физических упражнений средней тяжести (ходьба пешком по лестнице, велосипедные или пешие прогулки, плавание, пеший туризм и т. п.).
- Важны регулярные физические нагрузки средней тяжести, которые предпочтительнее интенсивных физических упражнений.

- Достижение хорошей формы сердечно-сосудистой системы (например, 30 минут быстрой ходьбы в день, не менее 5 дней в неделю).
- Поддержание мышечной силы и гибкости суставов.

Мы обсудили с Вами многие вопросы.  
Какую основную информацию Вы запомнили?  
Какие темы остались для Вас непонятными?

В любом случае, Вы сможете узнать больше информации от Вашего лечащего врача. К отношениям, которые устанавливаются между Вами и врачом, нужно относиться как к долгосрочным. Установите доверительные отношения, помните, что Вы партнеры. Соблюдайте режим плановых визитов к врачу, следуйте рекомендациям, задавайте интересующие Вас вопросы, просите разъяснений.

Вы всегда можете обратиться в наш Центр социального сопровождения, у нас действует специальная программа для людей, живущих с ВИЧ, мы сотрудничаем с высококвалифицированными врачами-инфекционистами, специализирующимися в вопросах ВИЧ-инфекции, Вы можете обсудить вопросы, которые Вас беспокоят, с психологом и равным консультантом. Будем рады Вас видеть.

#### **Литература**

1. Гейнце М., Шредер К. ВИЧ понимать с ВИЧ жить. 2005.
2. Голобородько Н., Лапицкая Г. Принимаю АРТ. Минск, 2012.
3. Дети со знаком «Плюс». Российский красный крест. Иркутское областное отделение. 2010.
4. Скибневская Н., Никитина М., Хороших С. и др. Позитивная жизнь. РОО «СПИД инфосвязь». 2010.
5. <http://arvt.ru/>



## НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Составил Н.В. Голобородько, май 2012

<b>Общие документы и организация работы</b>	1.	Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 г. № 2435–XII (в ред. Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 г. № 363–З, с изменениями и дополнениями).
	2.	Закон Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» от 07.01.2012 г. № 345-З.
	3.	Ответственность за заражение ВИЧ и разглашение медицинской тайны. УК РБ.
	4.	Закон Республики Беларусь «О лекарственных средствах» от 20.07.2006 г. № 161-З.
	5.	Государственная программа профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 годы. Утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 04.03.2011 г. № 269.
	6.	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД» от 16.12.1998 г. № 351.
	7.	Организация оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28.01.2003 г. № 18.
	8.	Инструкция о порядке организации работы консультативно-диспансерного отделения по ВИЧ-инфекции. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.10.2011 г. № 1037.
	9.	Инструкция об организации оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11.2010 г. № 1217.
<b>Консультирование и тестирование</b>	10.	Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека» от 19.10.2009 г. № 109.
	13.	«Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь». Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. № 47.
	14.	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О проведении консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции пациентов лечебно-профилактических учреждений» от 13.12.2001 г. № 712-А.
	15.	Рекомендации по проведению добровольного консультирования при тестировании на ВИЧ. Н.В. Голобородько, Г.В. Лапицкая. Инструкция по применению. Рег. номер 134-1211. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 23.12.2011 г.
	16.	Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Методические рекомендации по проведению консультирования пациентов лечебно-профилактических учреждений. О.М. Ждановская, Л.А. Мелешко, В.Л. Ананьева, И.В. Сазонова, Н.М. Самышева. Министерство здравоохранения Республики Беларусь, РЦП СПИД, UNICEF Детский фонд ООН. Минск, 2002.

	17.	Положение о порядке и условиях оказания медицинской помощи анонимно. Утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2002 г. № 46.
	18.	Инструкция о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. № 47.
	19.	Об утверждении перечня специальностей (профессий), по которым не допускается использование труда лиц, имеющих вирус иммунодефицита человека. постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13.04.2012 г. № 343.
	20.	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О возложении функций Республиканской референс-лаборатории генодиагностики ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов В и С по определению генотипов/ субтипов и резистентности к противовирусным препаратам ВИЧ, гепатитов В и С» от 14.05.2012 г. № 546.
	21.	Инструкция о порядке медицинского осмотра доноров крови и ее компонентов, Инструкция о порядке учета доноров крови и ее компонентов «Об установлении перечня заболеваний и состояний, при которых сдача крови и ее компонентов противопоказана, и утверждении». Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 2011 г. № 37
<b>Лечение ВИЧ-инфекции</b>	22.	Карпов И.А., Василенко А.И., Падудо Д.С., Еремин С.В. Метод оптимизации обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2012 г., регистрационный номер 240-1212.
	23.	Карпов И.А., Доценко М.Л. Инструкция на метод, заключающийся в усовершенствовании методов диагностики, лечения и профилактики оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2008 г., регистрационный номер 066-06/08. Минск: Глобальный фонд ООН по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, 2009.
	24.	Ключарева А.А., Астапов А.А., Германенко И.Г., Голобородько Н.В., Оскирко А.Н. Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДом (инструкция по применению). Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2008 г., регистрационный номер 065-06/08. Минск: Глобальный фонд ООН по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, 2009.
	25.	Клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с инфекционными и паразитарными болезнями. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2006 г. № 484 (в 2013 г. планируется обновление).
	26.	Карпов И.А., Василенко А.И., Падудо Д.С., Еремин С.В., Грибок И.А. Метод ведения пациентов с сочетанной инфекцией: гепатиты В, С и ВИЧ-инфекция. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2012 г., регистрационный номер 230-3-1212.
	27.	Скрягина Е.М., Астровко А.П., Богомазова А.В., Карпов И.А., Доценко М.Л. Инструкция на метод, заключающийся в оптимизации подходов к обследованию и лечению пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2008 г., регистрационный номер 068-06/08. Минск: Глобальный фонд ООН по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, 2009.
	28.	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции об организации оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом» от 11.11.2010 г. №1217.
	29.	Клиническое руководство по лечению туберкулеза. Гуревич Г.Л., Скрягина Е.М., Калечиц О.М. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.01.2009 г. № 11.

<b>Лечение ВИЧ-инфекции</b>	30.	Карпов И.А., Доценко М.Л. Инструкция на метод, заключающийся в оптимизации подходов к предоставлению паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ. Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2008 г., регистрационный номер 069-06/08. Минск: Глобальный фонд ООН по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, 2009.
	31.	О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, нуждающимся в паллиативном лечении и уходе. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.01.12 г. № 93.
<b>Передача ВИЧ от матери ребенку. Сексуально-репродуктивное здоровье</b>	32.	Клинический протокол профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.09.2010 г. № 1008.
	33.	Ключарева А.А., Шилова С.Д., Астапов А.А., Германенко И.Г., Петрович И.В., Голобородько Н.В., Оскирко А.Н. Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей (инструкция по применению). Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2008 г., регистрационный № 065а-06/08а. Минск: Глобальный фонд ООН по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, 2009.
	34.	Клинический протокол «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ». Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2010 г. № 1369.
	35.	Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.02.2007 г. № 15.
	36.	Перечень заболеваний, при наличии которых лица не могут усыновить ребенка, быть приемными родителями, родителями-воспитателями. Перечень заболеваний, при наличии которых лица не могут быть опекунами (попечителями). Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 25.02.2005 г. № 4.
	37.	Положение о центре, дружественном подросткам. Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.04.2011 г. № 343.
<b>Потребители наркотиков</b>	38.	Клинический протокол применения заместительной терапии у лиц с наркотической опиодной зависимостью. Утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2010 г. № 1233.
<b>Заклученные</b>	39.	Инструкция по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь. Утв. постановлением Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.08.2003 г. № 202/39.
	40.	Положение о порядке представления осужденных к досрочному освобождению от отбывания наказания по болезни. Утв. постановлением Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.02.2002 г. № 4910.
<b>Социальная защита</b>	41.	Об установлении единовременной денежной компенсации медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, заболевшим СПИДом, семьям медицинских работников, умерших от СПИДа, и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26.12.2009 г. № 1698.
	42.	Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 г. № 97 (в редакции постановлений от 06.11.2008 г. № 186, 21.07.2009 г. № 87, 08.11.2010 г. № 142, 27.05.2011 г. № 48, 16.11.2011 г. № 116).

<b>Социальная защита</b>	43.	Закон Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» от 30.10.1992 г. № 1898-XII (в ред. Закона Республики Беларусь от 28.12.2007 г. № 306-З, с изменениями и дополнениями).
	44.	Правила прохождения обязательного медицинского освидетельствования иностранцами, ходатайствующими о признании беженцами в Республике Беларусь. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2003 г. № 25.
<b>Образование</b>	45.	Перечень показаний и противопоказаний к получению профессий и специальностей. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.04.2007 г. № 35.
	46.	Правила приема в высшие учебные заведения. Указ Президента Республики Беларусь от 07.02.2006 г. № 80.
	47.	Перечень противопоказаний к занятию спортом при приеме лиц для получения начального образования, базового образования, среднего образования в специализированных по спорту классах учреждений общего среднего образования и для получения общего среднего образования в средних школах - училищах олимпийского резерва. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.05.2011 г. № 47.
<b>Первичная (учетная) и отчетная медицинская документация</b>	48.	Об утверждении форм первичной медицинской документации по проблеме ВИЧ/СПИД. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.12.2006 г. № 936. Форма № 341/у «Журнал учета консультативного приема лиц, обратившихся для обследования на ВИЧ-инфекцию, и ВИЧ-инфицированных». Форма № 350/у «Карта эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции».
	49.	Об утверждении форм ведомственной отчетности на 2011 год. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.11.2010 г. № 1226.
<b>Мониторинг</b>	50.	О создании Республиканского межведомственного совета по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней. Постановление Кабинета Министров Республики Беларусь от 02.10.1996 г. № 646.
	51.	Инструкция о порядке проведения мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИД и мер, принимаемых в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции. Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.12.2006 г. № 123.
	52.	Мониторинг и оценка в области ВИЧ/СПИД: метод. пособие / С.И. Бруцкая [и др.]; под общ. ред. М.И. Римжи. Минск: Тесей, 2006.
	53.	Методика расчета показателей национальной системы мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу / О.М. Ждановская [и др.]. Минск, 2007.
	54.	Законодательная база и соблюдение прав человека. Группа управления грантами Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в Беларуси, <a href="http://hiv-aids.by/info/rules/rb_legislation/">http://hiv-aids.by/info/rules/rb_legislation/</a>
	55.	Международно-правовые акты по проблеме ВИЧ/СПИД. Группа управления грантами Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в Беларуси, <a href="http://www.hiv-aids.by/info/rules/int_legislation/">www.hiv-aids.by/info/rules/int_legislation/</a>
	56.	Ситуационный анализ законодательства по проблеме ВИЧ/СПИД. Отчет о научно-исследовательской работе. 2007 год. Группа управления грантами Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в Беларуси, <a href="http://hiv-aids.by/info/rules/rul3/">http://hiv-aids.by/info/rules/rul3/</a>
	57.	Законодательство Республики Беларусь по проблеме ВИЧ/СПИД. Отдел профилактики ВИЧ/СПИД Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, <a href="http://www.aids.by/article.php?lib_id=44&amp;show=9">http://www.aids.by/article.php?lib_id=44&amp;show=9</a>
	58.	Обзор действующего законодательства по организации добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ) в Беларуси. Н.В. Голобородько. Май 2012 г.
	59.	Кралько А.А. Правовое регулирование проблемы ВИЧ-инфекции: вопросы и ответы. Белорусское сообщество людей, живущих с ВИЧ, <a href="http://www.hiv.by/">http://www.hiv.by/</a>

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**



**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

А.И. Василенко, И.Е. Статкевич

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

### **ПОСОБИЕ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТОВ**

Данное пособие представляет собой описание алгоритма работы по формированию и поддержке приверженности АРВТ. Пособие предназначено для специалистов амбулаторно-клинической и диспансерной службы, равных консультантов, социальных работников, психологов. В пособии представлено содержание работы многопрофильной команды при ведении пациентов с ВИЧ. В основе пособия лежат стандарты медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, в Беларуси, а также опыт оказания поддержки людям, живущим с ВИЧ, в рамках деятельности, координируемой БОО «Позитивное движение».

Издано в рамках Гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь – 3», осуществляемого Программой развития ООН в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь.