



ITPCru

Международная коалиция по готовности к лечению
Восточная Европа и Центральная Азия

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ БАРЬЕРОВ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ОХВАТА ЛЕЧЕНИЕМ ВИЧ

Отчёт



г. Бишкек 2018

Оглавление

Введение	3
Актуальность	8
2. Цель исследования:	9
2.1. Цели:.....	9
2.2. Задачи:	9
3. Дизайн исследования:	9
3.1. Территория исследования	9
3.2. Процедуры оценки	10
3.3. Объекты оценки.....	11
3.4. Размер выборки.....	12
3.5. Инструменты сбора данных	13
3.6. Рекрутирование	13
4. Этические вопросы	14
4.1. Этический комитет.....	14
4.2. Информированное согласие	14
4.3. Вознаграждение	14
4.4. Конфиденциальность данных	14
4.5. Охрана персональных данных	15
4.6. Возможные риски	15
4.7. Неблагоприятные события и отклонения от протокола	15
5. Работа с данными	15
5.1. Сбор и внесение данных	15
5.2. Хранение и архивирование данных.....	15
5.3. Точность данных	16
5.4. Чистка и обработка данных	16
6. Анализ данных	16
7. Распространение данных и планирование изменений	16
8. Результаты исследования	17
Законодательство	17
8.1. Результаты опроса ключевых информантов и НПО (руководители государственных и общественных организаций, представители международных организаций).	19
Ситуация с ВИЧ в регионе и картина по путям передачи ВИЧ инфекции	19

Доступ к услуге АРВ-терапии в регионе/городе, приверженность к АРТ	19
Особенности работы с ЛУИН/ЛЖВ.....	20
Меры по повышению приверженности	20
8.2. Результаты опроса среди ЛУИН/ЛЖВ	21
8.2.1. Общая часть	21
8.2.2. Результаты анализа данных.....	21
Социально-демографические характеристики ЛУИН/ЛЖВ	21
Сроки постановки на Д-учет, назначения АРВ-терапии и начала АРВ-терапии впервые	24
Стадия заболевания, наличие оппортунистических инфекций	26
Статус лечения, перерывы в лечении и изменение схемы лечения в анамнезе	27
Приверженность лечению	32
Оценка силы связи различных факторов с низким уровнем приверженности АРВ-лечению .	35
Лабораторные показатели на момент назначения терапии и их динамика под воздействием АРВТ	36
Режим приема АРВ-терапии	37
Менеджмент выдачи АРВ-препаратов.....	38
Доступность медицинских услуг	38
Возникновение побочных эффектов во время приема АРВ-препаратов и поддержка медицинских работников	42
Поддержка медицинских специалистов при возникновении побочных эффектов	43
Депрессия и психологические проблемы.....	43
Получение помощи и поддержки от близкого окружения, сотрудников НПО и медицинских работников	44
Употребление ПАВ	46
Половые партнеры ЛУИН/ЛЖВ	47
Причины отказа от начала АРВ-терапии	49
8.3. Результаты опроса среди медицинских работников (врачи, патронажные медицинские сестры)	50
9. Выводы и предположения.	55
9.1. Подключение ЛУИН/ЛЖВ к антиретровирусной терапии.....	55
9.2. Приверженность к антиретровирусной терапии	56
9.3. Половые партнеры ЛУИН/ЛЖВ.....	58
10. Рекомендации	59

Коллектив и благодарности

Благодарности:

Ассоциация «Партнерская сеть» выражает свою признательность Министерству здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканскому центру «СПИД», Городскому центру по профилактике и борьбе со СПИДом, Ошскому областному центру по профилактике и борьбе со СПИДом, Центрам семейной медицины Ысык-Атинского, Жайылского, Сокулукского районов за предоставленные данные и содействие в проведении исследования.

Ассоциация «Партнерская сеть» и авторский коллектив выражает свою благодарность врачам-инфекционистам, вовлеченным в оказание услуг ЛЖВ в Центрах семейной медицины, за поддержку и помощь на этапе подготовки к рекрутированию респондентов и сбора данных, в том числе в оказании содействия в сборе клинических данных пациентов: Кадировой Диляром, ответственному врачу по ВИЧ/СПИДу Иссык-Атинского ЦСМ, Сыдыковой Тынаркан, ответственному врачу по ВИЧ/СПИДу ЦСМ Сокулукского района, Кулбаеву Кудайберди, врачу-инфекционисту ЦСМ Жайылского района, Клименко Марие, врачу-дерматовенерологу ГЦПБС, а также Мажитову Равшану, Кариповой Мире, Осмоновой Алисе за их вклад в сбор данных.

Исследование проведено при технической поддержке «Коалиции по готовности к лечению» (ИТРС).

Отказ от ответственности

Ассоциация «Партнерская сеть» не несет ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций, представленных в настоящем отчете, третьими сторонами.

Выводы и рекомендации, содержащиеся в данном отчете, отражают точку зрения авторов отчета, которые могут не совпадать с мнениями других заинтересованных лиц и не обязательно отражают официальную позицию ИТРС.

Авторский коллектив: Султангазиев Айбар, исполнительный директор Ассоциации «Партнерская сеть»; Айжан Дооронбекова, директор ОФ «Институт социального развития», специалист по стратегической информации ICAP, Колумбийский университет; Карипова Аида, специалист по мониторингу и анализу AFEW в Казахстане; Кубатова Айсулуу, врач-эпидемиолог Республиканского Центра СПИД.

Принятые сокращения

АД	Артериальное давление
АРВП	Антиретровирусные препараты
АРТ, АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВГС	Вирусный гепатит С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВН	Вирусная нагрузка
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГСЭН	Государственный санитарно-эпидемиологический надзор
ГЦПБС	Городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом
ГФ/ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией
ДПЗИГСЭН	Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора
Д-учет	Диспансерный учет
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ЗК	Заклученные
ИБ	Иммуноблот
ИФА	Иммуноферментный анализ
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путём
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ОЗ	Организации здравоохранения
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация объединенных наций
ООЦПБС	Ошский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом
ПГГ	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью
ПЖВЛС	Перечень жизненно важных лекарственных средств
ПМСП	Первичный уровень медико-санитарной помощи
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
КГН	Ключевые группы населения
КП	Клинический протокол
КР	Кыргызская Республика
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ-инфекцией
ЛПВП	Липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	Липопротеины низкой плотности
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МАК-комплекс	Мембраноатакующий комплекс комплемента
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МВД КР	Министерство внутренних дел Кыргызской Республики
МЛС	Места лишения свободы
МСМ	Мужчины, имеющие половые контакты(секс) с мужчинами
НПО	Неправительственные организации

ПАВ	Психоактивные вещества
ПМЛ	Прогрессивная многоочаговая лейкоэнцефалопатия
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СР	Секс-работники
Система ЭС	Система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции
ТБ	Туберкулез
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ЦНС	Центральная нервная система
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЮНЭЙДС	Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИД
CDC	Центр по контролю и профилактике заболеваний
CD4-лимфоциты	Иммунные клетки, вид лимфоцитов
PEPFAR	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом

Введение

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) после анализа результатов многих исследований признала, что незамедлительное назначение АРВ-терапии поможет предотвратить миллионы смертей и случаев заражения вирусом иммунодефицита человека и заложить фундамент для победы над эпидемией. Таким образом, годы наблюдений за динамикой эпидемии под влиянием АРВ-терапии заставили Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) пересмотреть в 2015 году прежние руководства и рекомендовать назначать антиретровирусную терапию всем ВИЧ-положительным пациентам как можно раньше (с момента установления диагноза). Подобные рекомендации предполагают увеличение масштабов предоставления АРВТ, что ставит перед здравоохранением сложные и важные задачи:

- своевременно выявить у пациента ВИЧ-инфекцию;
- создать мотивацию к лечению сразу после установления диагноза;
- сформировать у пациентов приверженность к АРВ-терапии.

При этом вопрос приверженности антиретровирусному лечению во всем мире до настоящего времени остается серьезной проблемой. По данным ЮНЭЙДС, в 2009 году каждый пятый человек (18%), начавший антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем доходов, прекратил лечение через год. В результате прерывания лечения, несформированной приверженности развивается резистентность вируса к препаратам назначенной схемы, эффективность терапии падает. На устранение последствий не-приверженности требуются дополнительные финансовые ресурсы, временные затраты, мобилизация усилий.

Максимальное и стойкое подавление вируса иммунодефицита человека (снижение уровня РНК вируса), восстановление и сохранение функций иммунной системы приводят к сохранению/повышению качества жизни пациента и уменьшению частоты летальных исходов, обусловленных заболеванием. Но для достижения этих целей необходимо выполнение ряда условий:

- рациональный выбор схемы лекарственных препаратов, учитывающих особенности образа жизни пациента, анамнестических данных (наличие заболеваний, сведений о препаратах, принимаемых пациентом ранее);
- выбор первоначального режима антиретровирусной терапии с учетом возможности использования в последующем при неудаче лечения максимального числа опций (комбинаций) АРВП (отсутствие перекрестной резистентности);
- определение лекарственной устойчивости для составления оптимальной схемы лечения;
- максимальная приверженность пациентов лечению.

При приеме АРВ-препаратов полного освобождения организма пациента от вируса не происходит. Лекарственные средства блокируют вирусные ферменты, которые отвечают за внедрение, репликацию и дальнейшее распространение вируса в организме. При необходимой концентрации они «консервируют» вирус в геноме чувствительных к ВИЧ клеток. Происходит блокировка: дальнейшего размножения вируса, его выхода в кровь и поражения новых клеток. Пожизненно поддерживая требуемую концентрацию АРВ-препаратов в крови, пациент может долгие годы сохранять стабильное состояние здоровья, характеризующееся:

- неопределяемой вирусной нагрузкой, что обуславливает его более высокую инфекционную безопасность для окружающих;

- содержанием в пределах нормы полноценных CD4-лимфоцитов, что влечет за собой адекватный иммунный ответ организма на появление любых чужеродных и мутантных агентов.

Обеспечить оптимальный уровень АРВ-препаратов в крови возможно, если пациент:

- находится на индивидуально подобранной схеме антиретровирусной терапии (АРВТ);
- с необходимой регулярностью принимает назначенные врачом препараты в указанной дозе;
- соблюдает рекомендуемые при терапии режим питания и диету;
- учитывает рекомендации врача по совместимости АРВ-препаратов и других лекарственных средств, пищевых добавок и т.п.;
- с рекомендуемой регулярностью проходит лабораторный контроль на вирусную нагрузку и иммунологические показатели;
- знает о возможных побочных эффектах и способах их преодоления и нивелирования последствий (например, что делать в ситуации рвоты при приёме препарата, чтобы обеспечить поступление суточной дозы) и т.д.

Выполнение всех необходимых условий эффективного лечения с сохранением здоровья требует от пациента определенных усилий, дисциплины и организованности. Переход от отрицания необходимости лечения до приема терапии и адаптационный период начала приема препаратов сложны в плане физических проявлений, эмоциональных и психологических переживаний. При этом успех лечения возможен только при высокой приверженности АРВТ и медицинскому наблюдению.

На поведение пациента в отношении приверженности лечению влияют эффективное сотрудничество пациента и медицинского специалиста, уверенность в необходимости лечения и его положительных отдаленных результатах, устойчивая мотивация на постоянный прием препаратов.

Рассматривая аспекты приверженности пациентов лечению, необходимо упомянуть и такой важный момент, как приверженность медицинского персонала к рекомендованным в данной сфере подходам работы с пациентами и принципам лечения. Работа по созданию и поддержанию приверженности АРВ-терапии у пациентов, как и любая работа, направленная на изменение поведения, трудоемкий и энергозатратный процесс, который требует от специалиста профессионализма, хороших коммуникативных навыков и высокого уровня толерантности.

Для долгосрочного изменения поведения и устойчивой мотивации к лечению необходимо, чтобы пациент руководствовался самостоятельно принятым решением, без принуждения и навязывания чужого мнения.

Принимая во внимание значимость и актуальность обозначенной проблемы, необходимо изучать вопросы формирования приверженности у ВИЧ-положительных пациентов антиретровирусному лечению и диспансеризации с учетом их социальных, психологических и иных особенностей.

Актуальность

В Кыргызской Республике (КР) на 01.01.2017 года зарегистрировано 7 117 случаев ВИЧ-инфекции, из них 3 237 человек – люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН). Оценочное число ЛЖВ в 2015 году составило 8800 человек. АРТ назначена 3 609 пациентам, из них принимают АРВ-препараты 2 668 ЛЖВ.

На территории КР АРТ для ВИЧ-инфицированных предоставляется с марта 2005 года. Врачами, осуществляющими диспансерное наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией, ежеквартально проводится оценка приверженности ЛЖВ к АРВ-терапии. На сегодняшний день нет данных о качестве проведения оценки приверженности, но в соответствии с данными системы ЭС уровень приверженности по стране достигает 84,8%, с наименьшими значениями в Таласской (50%) и Чуйской (59%) областях в 2015 году (табл. 1). В 2016 году наблюдается такая же картина по стране – 83,7%, с наибольшим значением в Иссык-Кульской области, 100%.

Табл. 1. Уровень приверженности АРВ-терапии в КР, система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции.

Регион	Приверженность	
	2015	2016
Нарынская область	100,0%	86,0%
г. Ош	98,0%	89,0%
Ошская область	97,0%	89,8%
Баткенская область	91,0%	84,3%
Бишкек	86,8%	80,9%
Ж-Абадская область	79,6%	93,5%
Иссык-Кульская область	64,3%	100,0%
Чуйская область	59,0%	70,5%
Таласская область	50,0%	85,7%
КР	84,8%	83,7%

**данные из отчетной формы 4 здрав, РЦ «СПИД» МЗ КР, 2015- 2016гг.*

Стоит отметить, что оценка приверженности к лечению в Кыргызской Республике проводится на основании подсчета таблеток. При этом предварительные результаты последних исследований, проведенных в отношении приверженности к лечению в Кыргызской Республике, вызывают сомнения в достоверности вышеуказанного метода определения приверженности. В данном контексте особого внимания заслуживают ЛЖВ/ЛУИН, которые в структуре количества людей, живущих с ВИЧ, занимают более 50% и, в силу особенностей образа жизни, могут быть наименее приверженными к лечению ВИЧ.

ВОЗ отмечает, что в странах, где охват лечением превысил 60% ВИЧ-положительных, динамика развития эпидемии значительно замедлилась. В то же время, низкая приверженность к лечению антиретровирусными препаратами пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция» является на современном этапе развития эпидемии серьезной проблемой в Кыргызской Республике.

Принимая во внимание значимость и актуальность обозначенной проблемы, Ассоциацией «Партнерская сеть» было проведено исследование по изучению барьеров и проблем, препятствующих формированию приверженности антиретровирусному лечению и диспансеризации у ВИЧ-положительных пациентов ЛУИН с учетом их социальных, психологических и иных особенностей.

2. Цель исследования:

2.1. Цели:

Изучение проблем, связанных с подключением ЛЖВ к АРВ-терапии и низкой приверженностью к АРВ-терапии, среди ЛЖВ, принимающих лечение, для разработки дальнейших рекомендаций по их устранению.

2.2. Задачи:

1. Изучить факторы, являющиеся барьерами для начала АРВ-терапии.
2. Изучить факторы, влияющие на приверженность антиретровирусной терапии больных ВИЧ-инфекцией, связанных и не связанных с основным заболеванием (демографических, социальных, факторов инъекционного и полового поведения, причины смены схемы АРВ-терапии, психологические особенности пациентов с ВИЧ-инфекцией, др.).
3. Разработка рекомендаций и инструментов по созданию условий для расширенного охвата АРТ и повышению приверженности к лечению среди ЛУИН/ЛЖВ.
4. Содействовать внедрению рекомендаций и инструментов, которые позволят расширить охват и улучшить приверженность ЛУИН/ЛЖВ к лечению ВИЧ, на национальном уровне.

3. Дизайн исследования:

Ассоциация «Партнерская сеть» провела прикладное исследование согласно календарному плану, с использованием сочетания методик качественного и количественного исследования, включая:

- обзор соответствующих документов;
- глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами;
- глубинные интервью с сотрудниками медицинских учреждений;
- опрос ЛУИН/ЛЖВ;
- глубинные интервью с представителями НПО.

Такой комплексный подход был использован для сбора данных из разных источников, которые можно сравнить, в целях получения исчерпывающей картины по изучаемым вопросам, включенных в исследование для дальнейшей разработки комплекса мер по улучшению качества и доступности услуг в области борьбы и профилактики ВИЧ-инфекции.

3.1. Территория исследования

Для проведения оценки выбраны сайты с наибольшей распространенностью группы ЛУИН/ЛЖВ, которые зарегистрированы в организациях здравоохранения и которым назначена АРВ-терапия, см. Табл. 2.

Табл. 2. Число ЛЖВ и ЛЖВ-ЛУИН в пилотных сайтах

№	Исследуемый сайт	Число ЛЖВ на 01.01.2017г.	Из них число ЛЖВ/ЛУИН	ЛЖВ/ЛУИН на АРТ
1	ГЦПБС	1 055	560	192
2	ООЦПБС	2 272	937	107
3	ЦСМ Ысык-Атинского р-на	394	245	90
4	ЦСМ Жайылского р-на	367	249	43
5	ЦСМ Сокулукского р-на	550	384	59
		4 639	2 375	491

3.2. Процедуры оценки

1. Анализ документов. Исследовательская группа изучила все имеющиеся и относящиеся к теме исследования документы, протоколы, отчеты и стандартные операционные процедуры, касающиеся услуг в области лечения и профилактики ВИЧ-инфекции на всех уровнях и включающие:

- ✓ национальную политику;
- ✓ Национальные клинические протоколы;
- ✓ руководства и отчеты;
- ✓ отчеты об официальных и неофициальных оценках в области лечения при ВИЧ-инфекции, которые проводили ранее местные и международные ключевые лица;
- ✓ отчеты о мониторинге, такие как инструменты сбора данных, реестры, формы для регистрации услуг по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, отчеты о распространении данных, официальные статистические отчеты Министерства здравоохранения;
- ✓ электронные базы данных с инструментами сбора данных (система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции);
- ✓ журналы выдачи АРВ-препаратов;

Целью изучения документов/баз данных было получение информации о следующих аспектах: политика и законодательная база, в том числе их соответствие национальной политике в области ВИЧ-инфекции и международным рекомендациям (ВОЗ, 2016 год); географическая доступность услуг по ВИЧ-инфекции; информация о распространенности ВИЧ-инфекции и уровне охвата профилактическими программами; существующие проблемы и сферы для улучшения.

Анализ данных системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции (система ЭС) позволил изучить некоторые вопросы, связанные со своевременной постановкой на диспансерный учет (Д-учет) и началом АРВ-терапии, изменение лабораторных показателей в связи с приемом АРВТ и т.д. и т.п.

2. Глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами. С ключевыми заинтересованными сторонами, имеющими то или иное отношение к работе в области ВИЧ-инфекции, были проведены личные интервью для сбора качественной информации о структуре и компонентах системы оказания услуг в области ВИЧ-инфекции, политической среде, финансировании, возможностях для предоставления более интегрированных услуг и т.д.

3. Глубинные интервью с медицинскими работниками. С медицинскими работниками, выполняющими широкий спектр функций и обязанностей в системе лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, проведены беседы, для сбора более подробной информации о рабочих процессах предоставления услуг ЛЖВ, обучении по вопросам ВИЧ (включая вопросы стигмы и дискриминации, приверженности к лечению), мониторинге, услугах социальной поддержки, направлении в другие службы, и о существующих трудностях.

4. Опрос ЛЖВ. Опрос был проведен с ЛЖВ, состоящим на Д-учете, чтобы собрать информацию о знаниях в области ВИЧ-инфекции, стигме и дискриминации, доступе и качестве услуг, стоимости услуг, подключении к АРВ-терапии, приверженности лечению и других факторов, оказывающих влияние на доступность и качество услуг в области ВИЧ-инфекции, а также для изучения возможных потребностей в дополнительных услугах. Эти данные будут использованы для оценки приемлемости оказываемых услуг и удовлетворенности ими.

5. Глубинные интервью с представителями НПО, работающих в области ВИЧ-инфекции. Были проведены глубинные интервью с представителями НПО для более глубокого понимания

проблем, возникающих у ЛЖВ и оказывающих влияние на охват АРВ-терапией и приверженность лечению, а также для изучения возможных потребностей в дополнительных услугах.

3.3. Объекты оценки

1. Анализ документов: в анализ включены данные журнала Д-учета системы электронного слежения за случаями ВИЧ.
2. Глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами. Исследовательская группа опросила ключевых лиц, имеющих отношение к проблемам ВИЧ-инфекции. Среди ключевых лиц, с которыми были проведены интервью, – сотрудники Министерства здравоохранения, члены странового координационного комитета, Республиканского центра СПИД, Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДПЗиГСЭН), а также НПО, работающих с ЛЖВ, отделом реализации проектов ПРООН/ГФСТМ и других проектов и программ, работающих в сфере ВИЧ-инфекции в стране.
3. Глубинные интервью с медицинскими работниками.

Критерии включения:

- Врачи диспансерных отделов РЦ СПИД, Городского центра по борьбе со СПИД (ГЦПБС) и областной центр по борьбе со СПИД (ОЦПБС);
- Врачи первичного уровня медико-санитарной помощи ПМСП, а именно уровень Центра семейной медицины (ЦСМ) (врач-инфекционист, семейный врач), вовлеченных в оказание услуг ЛЖВ;
- Патронажные медицинские сестры;
- Давший устное информированное согласие на участие в опросе.

4. Опрос ЛЖВ. ЛЖВ набирали в исследование на основе представленных ниже критериев, соответствие которым было определено исследователями из медицинской документации (регистрационные журналы в специализированных учреждениях и кабинетах). Факт получения АРВ-терапии не являлся критерием включения или исключения из исследования. Из исследования были исключены ЛЖВ в исправительных учреждениях КР и беременные/ЛЖВ, т.к. ситуация по приверженности среди них сильно отличается от остальных (другая система выдачи препаратов, контроль приема, особенности состояния у беременных женщин и т.д.).

Критерии включения:

- Возраст 18 лет и старше;
- ЛЖВ, состоящие на диспансерном учете в медицинских учреждениях выбранных населенных пунктов;
- Давший устное информированное согласие на участие в опросе.

Критерии исключения:

- Возраст меньше 18 лет;
- ЛЖВ в исправительных учреждениях КР;
- Беременные/ЛЖВ;
- Физические и психические ограничения респондентов, препятствующие участию в исследовании (непонимание вопросов интервьюера и неспособность отвечать на них, невозможность воспринимать инструкции в период участия в исследовании и адекватно реагировать на них);
- Отказ от участия в исследовании.

5. Опрос представителей НПО, работающих с ЛЖВ. Исследовательская группа определила все НПО, работающие с ЛЖВ в выбранных населенных пунктах, для отбора представителей

Критерии включения:

- Возраст 18 лет и старше;
- Сотрудник НПО, работающего с ЛЖВ в выбранном населенном пункте;
- Давший устное информированное согласие на участие в опросе.

Критерии исключения:

- Возраст меньше 18 лет;
- Физические и психические ограничения респондентов, препятствующие участию в исследовании (непонимание вопросов интервьюера и неспособность отвечать на них, невозможность воспринимать инструкции в период участия в исследовании и адекватно реагировать на них);
- Отказ от участия в исследовании.

3.4. Размер выборки

1. Анализ документов: включены все записи в журнале Д-учета системы ЭС по каждому изучаемому населенному пункту.
2. Глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами. Было опрошено 6 ключевых лиц.
3. Глубинные интервью с медицинскими работниками. В пяти отобранных учреждениях было опрошено 15 врачей, 6 патронажных сестер.
4. Опрос ЛЖВ. Размер выборки был определен по таблицам 1 и 2, см. далее. Размер выборки, показанный в таблице, обеспечивает доверительный интервал 95% для каждого пункта, с погрешностью в 7,6-8,99%, которая применима отдельно к каждому учреждению.

Табл. 3. Таблица для определения размера выборки.

Число ЛЖВ, состоящих на Д-учете	Размер выборки для обеспечения доверительного интервала в 95%	Протяженность 95-процентного простого асимптотического доверительного интервала с точкой расчета 50% (с поправкой для конечной совокупности –FPC)	Число ЛЖВ, состоящих на Д-учете	Размер выборки для обеспечения доверительного интервала в 95%	Протяженность 95-процентного простого асимптотического доверительного интервала с точкой расчета 50% (сFPC)
0-49	38	~ ± 7,6%	200-249	94	~ ± 8,0%
50-79	48	~ ± 8,9%	250-299	101	~ ± 7,9%
80-99	61	~ ± 7,8%	300-349	106	~ ± 7,9%
100-139	73	~ ± 7,9%	350-749	127	~ ± 7,9%
140-179	82	~ ± 8,0%	750-4999	146	~ ± 8,0%
180-199	86	~ ± 8,0%	5000 или более	150	~ ± 8,0%

Исходя из национальных статистических данных 01.06.2017 года на Д-учете состоит 743 ЛУИН/ЛЖВ. Предлагаемый размер выборки составил 321 человек по всем пилотным сайтам и позволил анализировать ключевые результаты при 95-процентном доверительном интервале, 5-

процентной погрешности и дизайн-эффекте 2.0. Мы не ожидали существенных потерь данных более 5%.

Табл. 4. Размер выборки в исследуемых сайтах

	Исследуемый сайт	Число ЛЖВ на 01.01.2017г.	Из них число ЛЖВ/ЛУИН	ЛЖВ/ЛУИН на АРТ	Размер выборки
1	ГЦПБС	1 055	560	192	90
2	ООЦПБС	2 272	937	107	77
3	ЦСМ Ысык-Атинского р-на	394	245	90	64
4	ЦСМ Жайылского р-на	367	249	43	40
5	ЦСМ Сокулукского р-на	550	384	59	50
		4 639	2 375	491	321

5. Сотрудники НПО, работающие с ЛЖВ. Было опрошено 10 сотрудников НПО, работающих с ЛЖВ в отобранных населенных пунктах.

3.5. Инструменты сбора данных

1. Анализ документов. Контрольный перечень документов для анализа был составлен и использовался для уточнения наличия документов и получения первоначальной базовой информации о работе, касающихся услуг в области лечения и профилактики ВИЧ-инфекции на всех уровнях.

Выгрузка данных журнала Д-учета в формате Эксель позволила провести анализ требуемых данных.

2. Глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами. В беседах с ключевыми заинтересованными сторонами было использовано руководство по интервьюированию для сбора качественной информации. Одно интервью занимало около 40 минут.

3. Глубинные интервью с медицинскими работниками. Для опроса сотрудников медицинских работников было применено руководство по полуструктурированному интервью. Каждое интервью занимало примерно 60-80 минут времени.

4. Опрос ЛЖВ. Исследовательская группа опросила ЛЖВ, пришедших на исследование, используя структурированные анкеты. Заполнение анкеты занимало примерно 25-30 минут.

5. Сотрудники НПО, работающие с ЛЖВ. Для опроса сотрудников НПО, работающих с ЛЖВ, применялось руководство по полуструктурированному интервью.

3.6. Рекрутирование

1. Анализ документов.

2. Глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами. Исследовательская группа после предварительного приглашения и согласования даты и времени встречи по телефону или электронной почте, провела интервью с ключевыми лицами.

3. Глубинные интервью с медицинскими работниками. Медицинские работники сайтов, включенных в исследование, были опрошены после предварительного приглашения и согласования даты и времени встречи по телефону или электронной почте.

4. Опрос ЛЖВ. Исследователями был составлен список ЛЖВ, состоящих на Д-учете каждого сайта. Из составленного списка случайным образом было отобрано рассчитанное количество ЛЖВ, которых врач приглашал принять участие в исследовании по телефону с помощью заранее составленного текста. Все респонденты, давшие информированное согласие на участие в исследовании респондентов, были информированы о целях и задачах исследования и были опрошены в помещениях, выделенных руководителями ЦСМ либо НПО.

5. Глубинные интервью с сотрудниками НПО, работающими с ЛЖВ. Исследовательская группа после предварительного приглашения и согласования даты и времени встречи по телефону или электронной почте, провела интервью с сотрудниками отобранных НПО.

4. Этические вопросы

4.1. Этический комитет

Данное исследование было проведено с одобрения Этического комитета Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

4.2. Информированное согласие

В каждой форме информированного согласия указаны цель исследования, риски и преимущество участия в интервью, альтернативные процедуры, а также информация о конфиденциальности и добровольном участии. У всех респондентов была возможность задать уточняющие вопросы. Копия формы оставлялась респондентам. Оригиналы подписанных форм будут переданы Заказчику для дальнейшего хранения в течение трех лет. Все группы респондентов были опрошены после получения информированного согласия:

1. Ключевые заинтересованные стороны – использовалась форма информированного согласия.
2. Глубинные интервью с медицинскими работниками – использовалась форма информированного согласия.
3. Опрос ЛЖВ работниками - использовалась форма информированного согласия.
4. Глубинные интервью с сотрудниками НПО, работающими с ЛЖВ – использовалась форма информированного согласия.

4.3. Вознаграждение

Респонденты из числа ЛЖВ, желающие принявшие участие в опросе, получили вознаграждение в виде 200 мобильных единиц, эквивалентную 3 долларам США. Такое вознаграждение соответствует принятым нормам компенсации, предлагаемому в аналогичных исследованиях, и обычно способствует повышению мотивации участников к прохождению интервью. Для ключевых заинтересованных сторон, медицинских работников и сотрудников НПО вознаграждение не было предусмотрено.

4.4. Конфиденциальность данных

Участие в исследовании было добровольным. У всех его участников было получено информированное согласие, которое они могли отозвать в любой момент. Возможные риски для участников включали нарушение конфиденциальности и незначительный психологический дискомфорт, который мог быть вызван чувствительным характером некоторых вопросов интервью.

Личные данные респондентов не фиксировались ни в анкетах, ни в отчете об исследовании. Каждому респонденту из числа ЛЖВ, был присвоен уникальный идентификационный код (УИК). УИК состоит из первых двух букв имени матери респондента, первых двух букв имени его отца, кода, обозначающего пол (1 – мужской, 2 – женский), и двух последних цифр года рождения. Результаты всех интервью, опроса и обсуждений представлены в обобщенной форме.

Все формы и данные, относящиеся к исследованию, будут храниться под двойными замками. Доступ к информации исследования будет предварительно предоставлен только уполномоченным лицам.

4.5. Охрана персональных данных

Защита персональных данных и конфиденциальность была обеспечена на всех этапах исследования, анализа данных и распространения данных. Интервью проводились в кабинетах врачей, доступ в которые во время беседы был запрещен для всех, кроме людей, напрямую вовлеченных в оценку. Персональные данные использоваться не будут, в отчетах представлена только обобщенная информация обо всех участниках. Все формы согласия и данные, полученные в ходе интервью с респондентами, будут храниться под замком в офисе Исполнителя. В анализе и отчетах были использованы агрегированные данные. Доступ к ответам на вопросы и записи, сделанные во время интервью, имели только члены исследовательской команды. Все данные, сохраненные в электронной форме, будут храниться в компьютере с установленным в нем паролем, доступ к которому будет только у членов исследовательской команды. Все исследователи, участвующие в оценке, подписали соглашения о конфиденциальности.

4.6. Возможные риски

Участие в исследовании обычно сопряжено с риском нарушения конфиденциальности, в том числе, когда человека могут увидеть в месте проведения интервью, однако в каждом пункте были приняты необходимые меры, чтобы свести такой риск к минимуму (организация интервью наедине, в отсутствие посторонних лиц). Также были приняты меры, чтобы обеспечить уважение личности и достоинства каждого, кто участвует в исследовании, в том числе сотрудники были проинформированы о необходимости сохранения конфиденциальности и исключения стигматизации. Вся информация анализировалась и представлена в отчетах в обобщенной форме. Ответы в итоговом отчете не привязаны к именам или принадлежности к чему-либо.

4.7. Неблагоприятные события и отклонения от протокола

Обо всех неблагоприятных событиях, определенных как «любые непредвиденные проблемы, представляющие угрозу для обследуемых и других лиц, необходимо было сообщать в надзорный этический комитет в течение 2 рабочих дней после их возникновения.

Об отклонениях от протокола, которые не являются неблагоприятными событиями, должно было быть сообщено в надзорный этический комитет в течение 10 рабочих дней после их возникновения.

В ходе исследования не возникало неблагоприятных событий, либо отклонений от протокола.

5. Работа с данными

За работу с данными, включая разработку, внедрение и поддержку электронных систем данных исследования, разработку и внедрение полного плана управления данными, несет ответственность Исполнитель.

5.1. Сбор и внесение данных

Данные опроса были перенесены из бумажных форм в базу данных в программе EPI-INFO 3.5.4, разработанную Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC).

5.2. Хранение и архивирование данных

Все собранные данные будут храниться в базе данных, размещенной на защищенном паролем компьютере в офисе Исполнителя. Исполнитель отвечает за обеспечение работы компьютера. Компьютер защищен физически, от воздействия окружающей среды, сетевых угроз, обеспечен

бесперебойным питанием. Будет обеспечено резервное копирование базы данных. После очистки и оформления данных окончательный их набор будет храниться, обслуживаться и держаться в архиве на компьютере Исследователя в течение 5 лет, после чего все данные будут уничтожены.

5.3. Точность данных

Для сведения к минимуму возможных ошибок в инструмент сбора данных при опросе ЛЖВ были внедрены инструменты валидации. К ним относятся ограничения по типу вносимых данных, в том числе предопределенные значения (пакеты кодов) для категориальных данных, ограничения по диапазону для числовых данных и логический контроль. Для отсеивания не относящихся к вопросу данных, а также для обеспечения надлежащего оформления опроса применялись пропуски.

Интервьюеры до начала исследования прошли подготовку по содержанию инструментов сбора данных и использованию инструментов для проведения интервью. Над процессом сбора данных осуществлялась супервизия.

5.4. Чистка и обработка данных

Чистка данных включала такие процессы, как проверка данных на дублирование и повторный опрос, на ошибки при расшифровке и измерении, на внутреннюю последовательность, на соблюдение диапазона, наличие недействительных значений и выпадающих значений.

6. Анализ данных

Информация по всем изучаемым вопросам собиралась из разных источников с использованием комбинации методов. Собранная информация была триангулирована для оценки и сравнения доступности, охвата, качества, возможного результата/воздействия услуг по лечению ВИЧ-инфекции.

Данные интервью с ключевыми информантами, медицинскими работниками и сотрудниками НПО группировались по основным закономерностям посредством содержательного и тематического анализа. При тематическом анализе данные группировались в темы, которые появлялись в ходе интервью.

По всей выборке опрошенных ЛЖВ/ЛУИН была подготовлена описательная статистика и проведен стратифицированный анализ (по видам учреждений, предоставляющим услуги по АРВ-терапии).

Данные опроса ЛЖВ/ЛУИН, были использованы для триангуляции данных интервью с ключевыми лицами, медицинскими работниками и представителями НПО. Анализ статистических данных осуществлен в программе EPI-INFO 3.5.4.

Анализ данных системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции включил в себя клинические и лабораторные данные.

7. Распространение данных и планирование изменений

Исследовательская группа подготовит полный письменный сводный отчет. Процесс распространения результатов будет включать обсуждение полученных данных и рекомендаций с национальными и международными заинтересованными сторонами, участвующими в мероприятиях по профилактике ВИЧ в Кыргызской Республике, а также презентации на

национальных и международных конференциях, публикации в рецензируемых научных журналах.

Исследовательская группа представит данные отчета всем заинтересованным организациям в КР. Для дальнейшего обсуждения результатов и рекомендаций по итогам оценки в рамках данного прикладного исследования Ассоциация «Партнерская сеть» проведет национальный круглый стол с участием представителей государственных и неправительственных организаций, участвующих в реализации мероприятий по профилактике ВИЧ.

В ходе этой встречи партнеры разработают комплексный план повышения качества услуг по лечению, уходу и поддержке ЛУИН/ЛЖВ, в котором будут описаны конкретные обязанности различных заинтересованных сторон. Этот план затем представят в Министерство здравоохранения, а также в ГФСТМ и PEPFAR для получения финансирования. Выполнение рекомендаций будет отслеживаться и регулярно обсуждаться во время соответствующих встреч партнеров и заседаний Странового координационного механизма для надлежащего закрепления результатов. Отобранные пункты, больше других нуждающиеся в поддержке, будут включены в программы технической помощи, финансируемые PEPFAR.

Кроме этого, будет сформирована рабочая группа при Министерстве здравоохранения для разработки Положения, определяющего механизмы по формированию приверженности к АРТ среди ЛУИН/ЛЖВ, включая расширение охвата АРТ среди ЛУИН/ЛЖВ.

8. Результаты исследования

Законодательство

Законодательство и политики в сфере доступности лечения и поддержки приверженности оказывают непосредственное влияние на формирование приверженности к АРВ лечению. Например, отрицательное влияние могут оказывать барьеры, связанные с возможностью получения АРВ-препаратов в зависимости от наличия «прописки», то есть наличия регистрации человека по определенному месту жительства.

Обеспечение доступности лечения ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике регулируется рядом нормативно правовых документов. Базовым документом является Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», который гарантирует обеспечение доступа ко всем видам медико-санитарной помощи и лекарственному обеспечению лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом, в организациях здравоохранения бесплатно и на льготных условиях в соответствии с Программой государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью (ПГГ). Программа государственных гарантий обеспечивает реализацию прав граждан в Кыргызской Республике на получение медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, независимо от форм собственности, участвующих в данной программе. В соответствии с данной программой, лица, живущие с ВИЧ, внесены в Перечень категорий граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по Программе государственных гарантий бесплатно по всем видам медицинской помощи, предусмотренных в программе государственных гарантий, включая антиретровирусную терапию и лечение оппортунистических инфекций.

Одновременно, меры по преодолению эпидемии ВИЧ включены в национальные программы в сфере здравоохранения. Так в Национальной программе по реформированию здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг. ВИЧ определен как один из ключевых приоритетов. На постоянной основе реализуются государственные программы по преодолению эпидемии ВИЧ, в которых ключевыми направлениями является обеспечение доступности лечения. Например, государственная программа по борьбе с эпидемией ВИЧ на 2017-2021 гг. одним из базовых

принципов предусматривает «лечить всех людей, живущих с ВИЧ», а стратегические направления основываются на всеобщем охвате лечением ВИЧ всех нуждающихся.

Стратегическое направление 1.

Пункт 1.3. Предоставление услуг по лечению, уходу и поддержке ЛЖВ в соответствии с национальными протоколами. Антиретровирусная терапия будет предоставлена не менее 90% выявленным мужчинам, женщинам и детям, живущим с ВИЧ к 2021 году. Она будет доступна в местах лишения свободы и организациях здравоохранения в гражданском секторе.

Стратегическое направление 2.

Пункт 2.3. Будут обеспечены бесперебойные поставки медикаментов, реактивов и оборудования для диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также оппортунистических инфекций; улучшены алгоритмы хранения, транспортировки и распределения лекарственных средств.

В вышеперечисленных нормативно-правовых документах предусмотрены мероприятия, которые должны повысить приверженность ЛЖВ к лечению ВИЧ. Например, для ВИЧ-инфицированных предусмотрено бесплатное лечение оппортунистических инфекций и их профилактика. При наличии направления врача ЛЖВ на бесплатной основе предоставляются большая часть общих анализов, включая базовые лабораторные и диагностические исследования, общий анализ крови, электрокардиограмма и другое. Также национальным законодательством предусмотрена социальная поддержка ЛЖВ в виде ежемесячных пособий и пенсий по инвалидности, в том числе детям, рожденным от матерей с ВИЧ, до 18 месяцев и детям со ВИЧ+ статусом – до совершеннолетия. Родители и иные законные представители несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных имеют право на: совместное пребывание с детьми в возрасте до 14 лет в стационарном медицинском учреждении с выплатой пособия по временной нетрудоспособности за счет республиканского и местных бюджетов.; обеспечение заменителями грудного молока до достижения ребенком возраста одного года, которые предоставляется центрами семейной медицины по месту жительства. При этом дети, живущие с ВИЧ/СПИДом, находящиеся в клиниках, реабилитационных центрах или по состоянию здоровья в домашних условиях, имеют право на обучение по специальным программам курса средней общеобразовательной школы и начального профессионального образования, утвержденным Правительством Кыргызской Республики.

Кроме этого, государственная программа предусматривает ряд мер по обеспечению доступности АРВ-препаратов, включая разработку новых клинических протоколов, расширение перечня доступных АРВ-препаратов, совершенствование механизмов закупок.

Программа государственных гарантий, предполагает обеспечение граждан лекарственными средствами, прежде всего из Перечня жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС), в который включены АРВ-препараты, предусмотренные национальными клиническими протоколами. Параллельно, регулярно осуществляется обновление национальных клинических протоколов, основой для которых служат рекомендации ВОЗ. В 2017 году был утвержден клинический протокол, в котором предусмотрены схемы лечения с включением ранее не применявшихся, но рекомендованных ВОЗ, АРВ-препаратов как долутегравир, рилпивирин, дарунавир, атазанавир. Данные изменения предоставляют возможность получать лечение более современными препаратами, что снизит количество побочных действий лекарств и, соответственно, повлияет на улучшение приверженности к лечению.

8.1. Результаты опроса ключевых информантов и НПО (руководители государственных и общественных организаций, представители международных организаций).

Деятельность организаций, представители которых приняли участие в опросе так или иначе связана с вопросами лечения, профилактики и диспансерного наблюдения за ЛЖВ, а также вопросами, определяющими стратегическое развитие и координацию в сфере вопросов ВИЧ-инфекции. В рамках исследования было опрошено 6 человек.

Ситуация с ВИЧ в регионе и картина по путям передачи ВИЧ инфекции

По отношению к другим областям Ошская область лидирует после Чуйской области: выявляются порядка 100 новых случаев в год, на данный момент преобладает инъекционный путь передачи, но среди вновь выявленных случаев превалирует половой путь передачи. Сравнительно с 2010 годом увеличилась доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции, доля парентерального пути сравнительно с другими путями передачи идет на снижение. Такая же тенденция наблюдается во всем мире, а также идет рост неустановленного пути передачи, а вертикальный путь передачи от матери к ребенку идет на снижение. По сравнению с прошлыми годами, наблюдается рост доли ЛЖВ среди женщин и снижение доли ЛЖВ среди мужчин.

К основным группами риска по отношению к ВИЧ инфекции все опрошенные отнесли представителей ключевых групп населения, СР, ЛУИН, МСМ, заключенных, а также половых партнеров ЛУИН и ЛЖВ.

Доступ к услуге АРВ-терапии в регионе/городе, приверженность к АРТ

АРВ-терапию можно получать как в центрах СПИД, областных и городских, а также на первичном уровне, в ЦСМ по месту жительства. Препараты имеются в достаточном количестве для всех, кому показано АРТ и кто желает начать терапию. На данный момент идет интеграция услуг для ЛЖВ на первичный уровень здравоохранения, т.е. медицинские услуги максимально приближены к месту проживания пациентов. На данный момент закупка АРВ-препаратов проводится за счет донорских средств, в государственной программе по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2017-2021 гг. включен план перехода на национальное финансирование и, начиная с 2018 года, доля финансирования со стороны государства должна постепенно увеличиваться.

Подавляющее большинство респондентов отметили, что равенство в получении АРВ-препаратов соблюдается, все желающие ЛЖВ могут получать АРВ-терапию бесплатно. Доступ к данной услуге имеется у всех желающих, но не всегда, в силу поведенческих особенностей ключевых групп населения, стигмы и дискриминации. Немаловажную роль в соблюдении прав ЛЖВ, в равенстве доступа к лечению играет гражданский сектор, представляющий интересы сообщества ЛЖВ.

Основные проблемы, обозначенные большинством респондентов, – это стигма, самостигматизация, низкая информированность ЛЖВ об АРВ-терапии, тяжесть побочных эффектов от терапии, существующие мифы об АРТ среди ключевых групп населения (КГН), употребление алкоголя и психо-активных веществ (ПАВ), загруженность врачей, которые ведут ЛЖВ.

Большинство опрошенных отметили тот факт, что общая приверженность по стране не на желаемом уровне. На 01.11.17 г. для 4 050 ЛЖВ назначено АРТ, получают терапию 3075, это составляет 76%, при этом, из получающих терапию, 60% отмечены как приверженные, по результатам вирусной нагрузки.

Особенности работы с ЛУИН/ЛЖВ

подавляющим большинством опрошенных отмечено, что ЛУИН/ЛЖВ – сложная категория пациентов, у которых есть зависимость от ПАВ, алкоголя, другие заболевания (туберкулез, ВГС и др.), многие из которых находятся в тяжелой жизненной ситуации, когда нет постоянного дохода, места жительства и пр. Кроме этого, ЛУИН/ЛЖВ остаются труднодоступной категорией, многие отказываются принимать АРВ-терапию или прерывают лечение. Данная категория пациентов характеризуется низкой приверженностью к АРВ-терапии.

Работа с ЛЖВ/ЛУИН, которые находятся на опиоидной заместительной терапии метадоном (ОЗТ) и/или на противотуберкулезном лечении, также имеет свои особенности. Врачу, который ведет таких пациентов, необходимо подбирать дозу препаратов, в частности, с учетом приема метадона, если пациент на ОЗТ. Кроме этого, если пациент на ОЗТ и противотуберкулезном лечении, то необходимо принимать в день большое количество препаратов, многие из которых имеют побочные эффекты, что тоже значительно влияет на приверженность.

Меры по повышению приверженности

подавляющим большинством отмечено, что в стране проводится большая работа по повышению приверженности среди ключевых групп населения. Сюда можно отнести информационную работу как среди сотрудников НПО, так и в государственных медицинских учреждениях. На базе НПО предоставляются услуги по выплате мотивационных пакетов и выплат приверженным к лечению лицам, предоставляются консультации «равный-равному», проводятся обучающие мероприятия. Кроме этого, проводятся мероприятия с правоохранительными органами по специфике работы с КГН, охватывающие вопросы профилактики ВИЧ, взаимодействия с НПО.

Основным числом респондентов было отмечено, что только комплексный подход в решении вопроса приверженности к лечению решит проблему. Необходимо вовлечение как государственных организаций, так и гражданского общества, повышение качества предоставляемых услуг, работа с правоохранительными органами, семьями, с другими ведомствами. Также необходимо повышение мотивации врачей в виде адекватной заработной платы, выработать устойчивость проектов на базе НПО.

В работе с пациентами ЛУИН/ЛЖВ на ОЗТ тоже необходим комплексный подход, создание «единого окна», когда в одном месте, на пункте ОЗТ, можно получить также и АРВ-препараты, необходима работа с правоохранительными органами. Помимо этого, среди прочих ответов, было отмечено, что программа ОЗТ на данный момент непривлекательна для ЛУИН, нет как раньше образовательных мероприятий, транспортных расходов. Также, по мнению респондентов, необходимо повышать потенциал сотрудников программы.

Все опрошенные отметили тот факт, что роль медицинских сотрудников в поддержании приверженности ключевая, потому как именно медицинские работники проводят послетестовое консультирование, мотивационную работу, назначают лечение. От качества предоставленных услуг зависит, начнет ли ЛЖВ принимать АРВ терапию, будет ли привержен к ней. Кроме этого все абсолютно были единодушны в том, что основным фактором, от которого зависит приверженность, это знания, умение и профессионализм медицинского сотрудника. Также было отмечено, что врач может уделять пациенту-ЛЖВ очень мало времени в силу своей загруженности. Уровень заработной платы остается низким, что напрямую сказывается на мотивации медицинского сотрудника выполнять свои функциональные обязанности, а также на качестве предоставляемых услуг и, как следствие, на приверженности пациента в целом.

Все респонденты указали на важность участия сектора НПО в поддержании приверженности ЛЖВ к АРВ-терапии, так как они являются тем самым связующим звеном между КГН и

государственными учреждениями. Кроме этого, в рамках различных проектов через НПО осуществляются мотивационные выплаты и предоставляются социальные пакеты приверженным к АРВ-терапии пациентам.

подавляющим большинством было отмечено, что необходимо тесное взаимодействие государственных структур и сектора НПО для более эффективной работы с КГН и партнёрство должно быть равноправным и на постоянной основе. Помимо этого, необходимо совместное проведение мероприятий, направленных на повышение качества предоставляемых услуг и потенциала сотрудников как НПО, так и государственных учреждений.

8.2. Результаты опроса среди ЛУИН/ЛЖВ

8.2.1. Общая часть

При работе по формированию приверженности пациента антиретровирусному лечению и диспансерному наблюдению специалисту необходимо принимать во внимание множественные факторы, которые могут, как помочь в выработке новых форм поведения, так и стать серьезным барьером на пути к достижению устойчивой мотивации на прием препаратов. Факторы влияния могут быть связаны с различными сторонами жизни ВИЧ-положительного пациента, с его личностными особенностями, с условиями окружающей среды и пр. Не все факторы влияния могут быть устранены или нивелированы, но выяснять их наличие и учитывать воздействие необходимо.

Факторы, потенциально влияющие на приверженность пациента АРВ-терапии и диспансерное наблюдение, обычно группируют по природе их возникновения на социально-экономические/социо-демографические, организационные, психологические/индивидуальные, медицинские и др.

8.2.2. Результаты анализа данных

Социально-демографические характеристики ЛУИН/ЛЖВ

Социально-демографические и социально-экономические факторы имеют влияние на формирование приверженности. Данные факторы необходимо учитывать при работе с ЛЖВ.

Территория проведения исследования

В исследование были включены районы с наиболее высокой распространенностью наркопотребления и высоким уровнем регистрации ВИЧ-инфекции. Было опрошено 321 ЛЖВ-ЛУИН, состоящие на учете в ОЗ пяти населенных пунктов: гг. Бишкек, Ош, Кант, Кара-Балта и с. Сокулук.

По данным системы электронного слежения за ВИЧ-инфекцией в пяти изучаемых сайтах половина ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, являются ЛУИН.

Табл. 5. Доля ЛУИН среди ЛЖВ в исследуемых сайтах.

Адм. тер. регистрации	ЛУИН		НЕ-ЛУИН		Общий итог
Г. Ош	156	50%	158	50%	314
Г.бишкек	206	46%	241	54%	447
Жайылский р-н	75	50%	76	50%	151
Сокулукский р-н	127	54%	110	46%	237
Ысык-Атинский р-н	110	49%	116	51%	226
Общий итог	674	49%	701	51%	1 375

Пол

Женщины-пациентки зачастую бывают связаны множественными обязательствами перед малолетними детьми, супругом и пр. Наличие дополнительных обязательств у пациента приводит к невозможности концентрации на собственных потребностях как на приоритетных и приводит к «забывчивости», «нехватке времени» на соблюдение графика приема, правил совместимости препаратов с пищей. В связи с этим врачам необходимо учитывать особенности пациентов-женщин во время диспансерного наблюдения. В группе ЛУИН, как в выборке, так и в системе ЭС по исследуемым сайтам большинство составляют мужчины (85-89%). В смешанной группе (ЛУИН и не-ЛУИН) из системы ЭС по исследуемым сайтам доля женщин ЛЖВ приближается к мужчинам.

Табл. 6. Распределение ЛЖВ по полу в системе ЭС и в выборке.

	Женщины	Мужчины
В общей группе (система ЭС)	41,2%	58,8%
Среди ЛУИН (система ЭС)	11,0%	89,0%
Среди ЛУИН (выборка)	15,3%	84,7%

Возраст

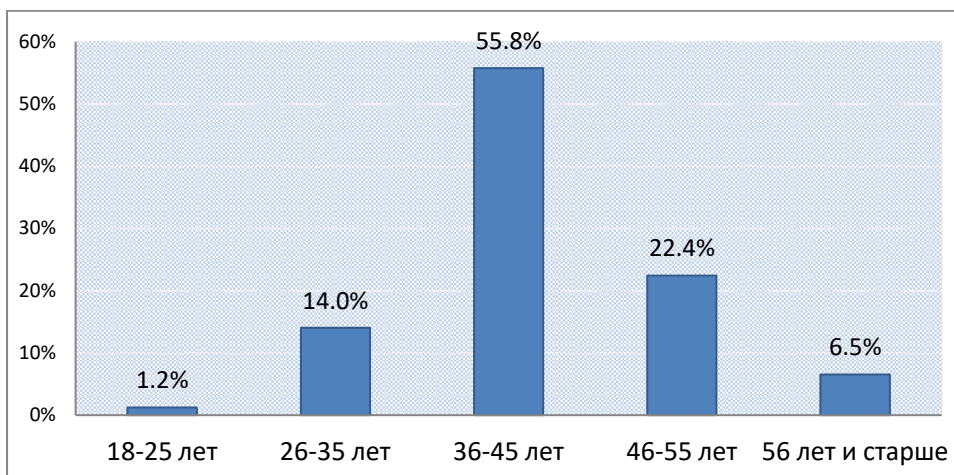
Возраст пациентов может оказывать влияние на приверженность лечению. Например, в исследованиях было выявлено, что у мужчин старше 65 лет и моложе 35 лет приверженность к лечению ниже¹. ВИЧ у пожилых пациентов имеет свои особенности, которые включают в себя более высокие показатели осложнений, побочных эффектов и сопутствующих заболеваний, а некоторые из этих осложнений могут усиливаться на фоне длительного приема некоторых АРВ-препаратов. Следовательно, у пожилых пациентов с ВИЧ может возрастать риск формирования низкой приверженности к лечению². В молодом возрасте до 35 лет на снижение приверженности может влиять плохая информированность по вопросам ВИЧ-инфекции и лечению, большее число людей, не состоящих в браке, отсутствие ответственности за свое здоровье и т.д.

Половина респондентов (55,8%) приходится на возрастную группу от 36 до 45 лет. Средний возраст 42,5 лет, медиана 42 года, максимальный возраст 68 лет, мода 41 год.

¹ Г. Э. Гафуров «Факторы, влияющие на приверженность к антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов» . <http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/9299/2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

² Антиретровирусная терапия для пожилых пациентов, живущих с ВИЧ: Обзор. <http://hivmedinfo.org/global/nportal/view/19>

Рис. 1. Распределение ЛЖВ по возрастным группам в выборке.



Образование

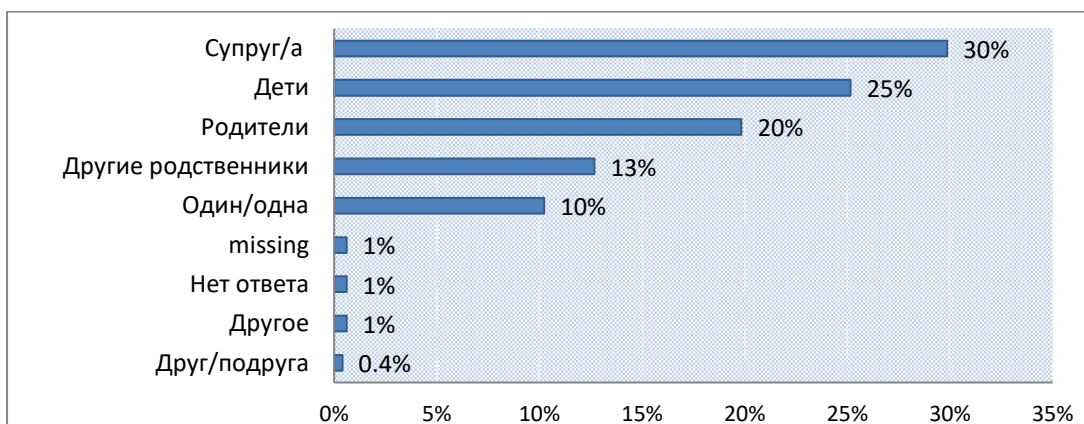
Низкий уровень образования может приводить к трудностям в формировании приверженности. Среди ЛУИН/ЛЖВ 18% респондентов либо не имеют никакого образования, либо начальное или неоконченное среднее образование; большинство респондентов получили среднее либо средне-специальное образование (75%). Также присутствует небольшая доля респондентов с высшим или неоконченным высшим образованием (7%).

Семейный статус, близкое окружение

Стабильные отношения в семье, с друзьями или даже с сотрудниками могут оказывать положительное влияние на успешность приверженности к лечению. С другой стороны, ЛЖВ обычно не желают раскрытия своего ВИЧ-статуса и поэтому обычно не принимают лекарства при других. Наличие хотя бы одного человека, которому ЛЖВ доверяет, может помочь ему принять решение о начале терапии, напомнить принять дозу вовремя и оказать эмоциональную поддержку.

В изучаемой группе ЛУИН/ЛЖВ одинаково присутствуют как семейные люди (49%), так и одинокие (50%), но, несмотря на высокую распространенность холостых/незамужних людей, тем не менее, подавляющее большинство опрошенных (90%) проживает с родными и близкими людьми (супруги, родители, дети и др. родственники).

Рис. 2. Наличие близких людей у ЛЖВ.



Уровень дохода

Во время приема АРВ-препаратов является важным соблюдение режима и рекомендаций по диете и совместимости различных веществ с лекарственными препаратами, в противном случае может существенно снижаться уровень всасываемости препарата в кровь и наблюдаться недостаточная его концентрация для достижения вирусологического эффекта. Недостаток финансов может влиять на возможности ЛЖВ соблюдать рекомендации по диете, проходить различные обследования, приобретать дополнительные лекарственные препараты, посещать врача из отдаленных населенных пунктов и т.д.

Большое число ЛУИН/ЛЖВ в изучаемых сайтах ничем не занимаются (40%), в связи с этим у 30% отвечающих нет никаких доходов, а 19% зарабатывают всего до 5000 сом (75\$) в месяц, возможно за счет случайных заработков. Остальные 60% ЛУИН/ЛЖВ работают (в т.ч., 1% и работает и учится), при этом, у трети респондентов (28%) имеется сравнительно невысокий доход от 6 000 до 10 000 сом. Также в выборке присутствует категория респондентов с более высокими уровнями дохода: от 11 000 (158\$) до 20 000 сом (286\$) у 17% и от 21 000 (300\$) до 50 000 сом (715\$) у 7% ЛУИН/ЛЖВ.

Место проживания

Обустроенность быта, наличие места жительства и пребывания способствуют формированию поведения, приводящему к регулярному приему препаратов. И напротив, наличие проблем с жильем, когда ЛЖВ вынуждены делить его с другими людьми или часто находятся в разных местах, может отрицательно влиять на сохранность запасов медикаментов и регулярность их приема. Большинство ЛУИН имеют собственное жилье: частный дом (62%) или квартиру (16%), но остальные 22% респондентов проживают в съемном жилье (общежитие, коммунальная квартира).

Сроки постановки на Д-учет, назначения АРВ-терапии и начала АРВ-терапии впервые

Эффективное лечение, подкрепляемое быстрой положительной динамикой клинических показателей, когда сам пациент удовлетворен наблюдаемым прогрессом, способствует формированию хорошей приверженности АРВ-терапии. В свою очередь на эффективность лечения влияет своевременная постановка на Д-учет и ранее начало АРВ-терапии. При изучении в системе ЭС периода времени, который проходит с момента подтверждения диагноза «ВИЧ-инфекция» до момента постановки на Д-учет впервые; установления показаний для АРТ и начала АРТ впервые в жизни, отмечается разница между этими показателями в группе ЛУИН/ЛЖВ и ЛЖВ-не-ЛУИН. Для сравнения данных в двух группах взята медиана, в связи с наличием в наборе данных крайних значений, т.к. медиана в таких случаях наиболее адекватно оценивает среднюю тенденцию по сравнению со средним арифметическим.

Итак, в группе ЛУИН/ЛЖВ медиана, по отмеченным периодам больше чем в группе ЛЖВ-не-ЛУИН в несколько раз. Так, **в группе ЛУИН/ЛЖВ может пройти 1,5 года как до момента установления показаний к АРТ, так и до начала АРТ впервые в жизни, тогда как в группе ЛЖВ-не-ЛУИН медиана периода до установления показаний к АРВ – 18 дней**, и медиана периода до момента начала АРВ - 84 дня. Т.е. можно предположить, что существуют проблемы со своевременной постановкой на Д-учет, а также с началом АРВ-терапии среди ЛУИН/ЛЖВ.

Табл. 7. Период с момента ИБ до постановки на Д-учет впервые; до момента установления показаний для АРТ; до момента начала АРВ впервые в жизни.

МЕДИАНА	ЛУИН	НЕ-ЛУИН	ВСЕГО
Период с момента ИБ до постановки на Д-учет впервые, годы	55 дней	10 дней	15 дней
Период с момента ИБ до момента установления показаний для АРТ, годы	1.5 года	18 дней	55 дней
Период с момента ИБ до момента начала АРВ впервые в жизни, годы	2.4 года	84 дня	9 месяцев

В рамках исследования выяснялся факт проведения эпидемиологического расследования после подтверждения теста на ВИЧ, во время которого эпидемиологи должны проводить послетестовое консультирование и направлять ЛЖВ к соответствующему специалисту для дальнейшей его диспансеризации, с указанием точного адреса медицинского учреждения.

Со слов большинства респондентов (257 человек, 80%) с ними проводилась беседа по вопросам факторов риска инфицирования ВИЧ кем-то, кроме врача, оказывающего услуги по АРВ-терапии, но всего 50% смогли точно указать, что это был либо врач-эпидемиолог, либо помощник эпидемиолога. Особенно вызывают вопросы результаты по Сокулукскому и Ысык-Атинскому районам, где всего лишь от 5% до 9% ЛЖВ смогли точно сообщить, что беседу с ним проводили либо эпидемиолог, либо помощник эпидемиолога.

Табл. 8. Проведение эпидемиологического расследования при выявлении ВИЧ-инфекции.

	N	Проводилось эпидрасследование		Назвали врача/помощника эпидемиолога	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
ГЦПБС	90	76	84%	58	76%
ОЦПБС	77	59	77%	53	90%
ЦСМ Сокулукского р-на	50	39	78%	2	5%
ЦСМ Жайылского р-на	40	27	68%	11	41%
ЦСМ Ысык-Атинского р-на	63	55	87%	5	9%
ВСЕГО	320	257	80%	129	50%

Из всех респондентов чуть больше половине ЛУИН/ЛЖВ (61%) во время эпидрасследования были присвоены коды обследованных контингентов, относящиеся к лицам, употребляющим инъекционные наркотики, остальным ЛУИН/ЛЖВ были присвоены другие коды. Т.е. факт употребления инъекционных наркотиков устанавливается позже врачами, осуществляющими диспансерное наблюдение. Этот факт свидетельствует о проблемах с проведением качественного эпидемиологического расследования при первом контакте эпидемиологов с ЛУИН/ЛЖВ.

Табл. 5. Коды контингентов, присвоенные ЛУИН/ЛЖВ по результатам эпидемиологического расследования при выявлении ВИЧ-инфекции.

Код	Контингент	%
102	ЛУИН	41.4%
112.1	Лица, находящиеся в специальных учреждениях, в т.ч. ЛУИН	19.0%
113	Обследованные по клиническим показаниям, взрослые	8.1%
113.1	В т.ч. больные с диагнозом «туберкулез»	8.1%

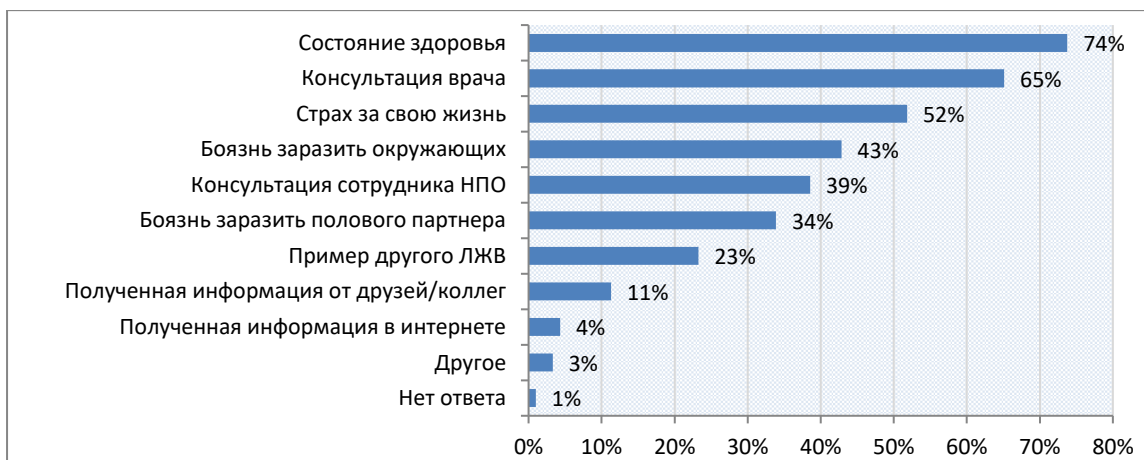
112	Лица, находящиеся в специальных учреждениях	5.0%
101.1	Лица, бывшие в контакте с инфицированным ВИЧ, в т.ч. половой контакт	4.4%
120	Прочие	3.1%
104	Больные с ИППП	2.2%
108	Доноры	1.9%
202	Иностранцы граждане, в т.ч. ЛУИН	1.2%
113.2	Обследованные по клиническим показаниям, взрослые, в т.ч. больные вновь выявленные с диагнозом «туберкулез»	0.9%
101.2	Лица, бывшие в контакте с инфицированным ВИЧ, в т.ч. совместное введение наркотиков	0.6%
106	Лица, выезжающие за рубеж	0.6%
220	Иностранцы граждане, прочие	0.6%
101.3	Лица, бывшие в контакте с инфицированным ВИЧ, в т.ч. бытовой контакт (повреждение целостности кожных покровов)	0.3%
109	Беременные	0.3%
114	Обследованные анонимно	0.3%
116	Половые партнеры беременных	0.3%
118	Медицинские работники	0.3%
204		0.3%
212	Иностранцы граждане, в т.ч. Лица, находящиеся в специальных учреждениях МВД	0.3%
213		0.3%
215.1		0.3%

Причины, повлиявшие на начало АРВ-терапии

Перед назначением АРВ-терапии 61,1% пациентов получали консультацию психолога и 63,8% консультацию «равного» консультанта.

Наиболее распространенными факторами в ответах респондентов, повлиявшими на решение начать АРВ-терапию, было состояние здоровья (74%), консультация врача (65%), страх за свою жизнь (52%), страх заразить окружающих (43%) и своего полового партнера (34%), а также консультация сотрудника НПО (39%). Реже упоминались такие причины, как пример другого ЛЖВ, информация от друзей или коллег и информация из интернета.

Рис. 3. Причины, повлиявшие на решение начать АРВ-терапию.



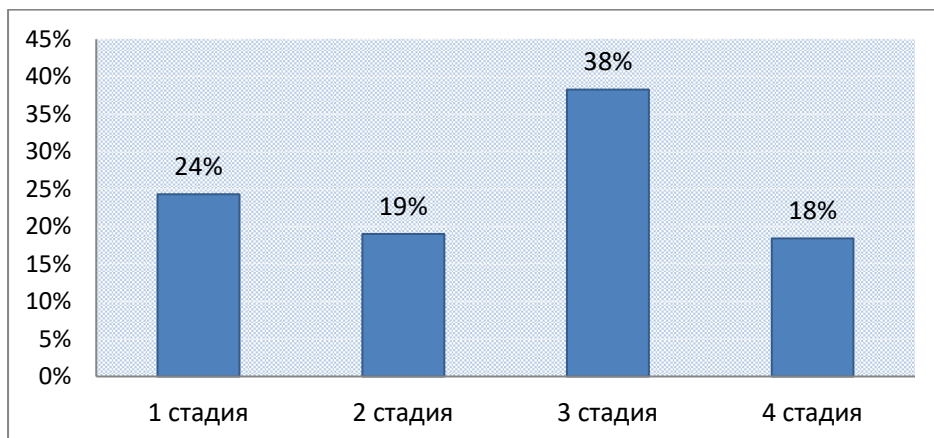
Стадия заболевания, наличие оппортунистических инфекций

Картина заболевания и состояние пациента могут влиять на формирование приверженности. Наличие тяжелых оппортунистических инфекций, сопутствующих психических расстройств,

включая подавленность, тревогу, депрессию, усугубляют состояние пациента. Лечение пациентов с сочетанной инфекцией, например, ВИЧ-инфекции и ТБ, может приводить к значительному увеличению лекарственной нагрузки, повышению риска возникновения нежелательных явлений, ухудшению состояния в процессе начала приема препаратов и снижению мотивации на лечение.

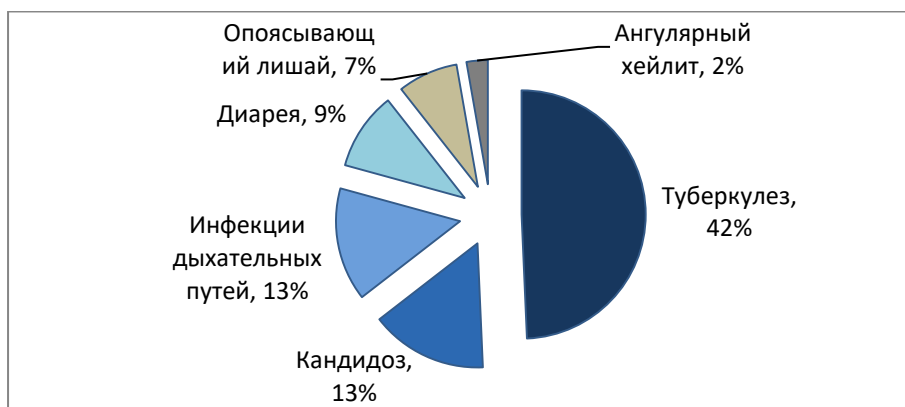
В настоящем исследовании более половины респондентов были на 3 и 4 стадии ВИЧ-инфекции (182 человека, 57%) с преобладанием в выборке пациентов на 3 стадии заболевания (38%).

Рис. 4. Распределение ЛЖВ по стадиям ВИЧ-инфекции.



По данным, полученным из системы ЭС, у подавляющего большинства ЛУИН/ЛЖВ из выборки (n=253, 79%) имеется информация о наличии оппортунистических инфекций, с преобладанием среди них туберкулеза (n=107, 42%). Но, при этом только 150 респондентов (46,7%) сообщили о наличии оппортунистических инфекций на момент опроса.

Рис. 5. Наличие оппортунистических инфекций у ЛЖВ.



Статус лечения, перерывы в лечении и изменение схемы лечения в анамнезе

Статус лечения изучался из трех источников:

- опрос ЛЖВ,
- данные системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции,
- анализ записей в журнале регистрации выдачи АРВ препаратов в сайтах.

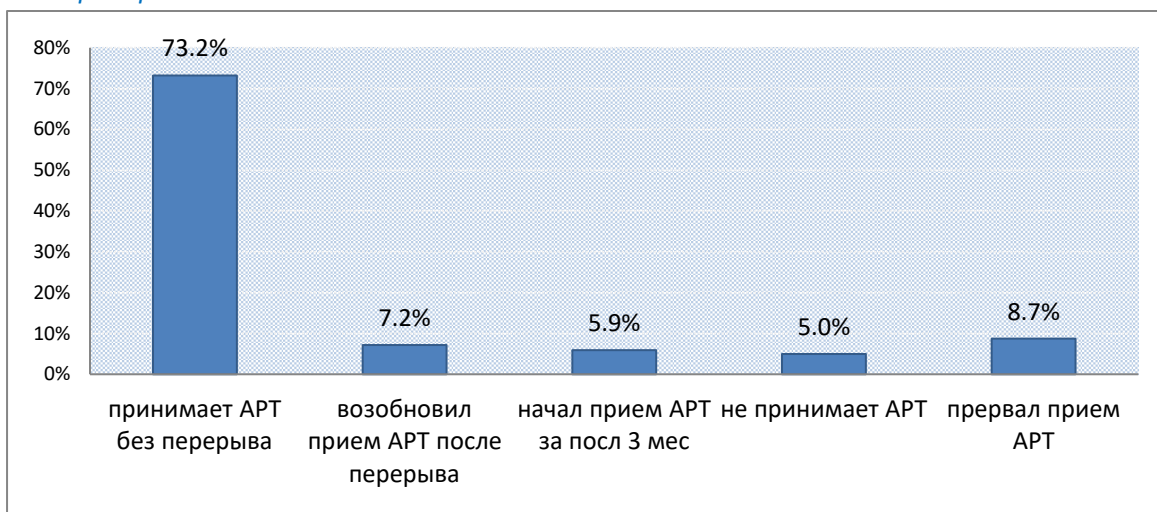
Статус лечения по результатам опроса среди ЛЖВ

По результатам анализа ответов респондентов средняя продолжительность АРВ-терапии составляет 3,6 лет, медиана 4,8 лет, минимальный срок 37 дней, максимальный период приема АРВ-терапии 17,8 лет. На вопрос о приеме АРВ-препаратов утвердительно ответил 301 (94%) человек. Об изменении схемы лечения сообщили 67 человек (22,3%), а 76 респондентов (25,2%) заявили о том, что останавливали самостоятельно прием АРВ-препаратов. Одновременно и остановка лечения и изменение схемы лечения было у 27 респондентов (8,9%). У 116 (38,5%) ЛУИН/ЛЖВ была либо остановка приема препаратов, либо изменение схемы лечения.

Статус лечения по результатам анализа записей в журнале регистрации выдачи АРВ-препаратов на сайтах

Статус лечения оценивался по периодичности выдачи препаратов и количеству дней, на которое препараты были выданы. На момент проведения исследования принимали лечение 277 (86,3%) респондентов, в число которых вошли те, у кого не было остановки АРВ-терапии 235 (73,2%) (имеется ввиду не приверженность лечению, а отсутствие завершения лечения), возобновили лечение после перерыва 23 респондента (7,2%) и начали прием АРТ за последние 3 месяца 19 респондентов (5,9%). Остальные пациенты либо прервали лечение 28 (8,7%), либо не начинали лечение совсем 16 (5%).

Рис.6. Статус АРВ-лечения по результатам анализа записей в журнале регистрации выдачи АРВ препаратов в сайтах



Статус лечения по данным системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции

При оценке статуса АРВ-терапии по данным, выписанным из системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции в анкеты респондентов, продолжение приема АРВ-терапии без изменения схемы лечения на момент опроса отмечалось у 253 пациентов (84%), у 36 (12%) была изменена схема лечения, а у 11 (3,7%) зарегистрирована остановка лечения. Т.е. по данным системы ЭС продолжают АРВ-лечение 289, 96% пациентов.

Информация об изменении схемы лечения изучалась из двух источников:

- опрос ЛЖВ,
- данные системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции.

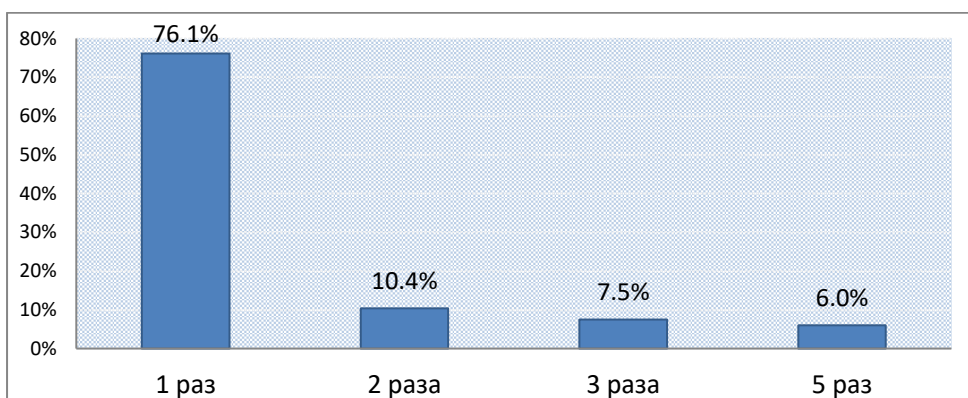
Изменение схемы лечения по результатам опроса среди ЛЖВ

Замена одной схемы лечения на другую при отсутствии объективных причин к замене препаратов, сопряженной с недостаточной мотивацией пациента к приему АРВ-препаратов может значительно повышать риск прерывания лечения.

22.3% ЛЖВ (67) сообщили во время анкетирования об изменении им схемы лечения в прошлом. Большинству респондентов (76,1%) схему лечения меняли однократно, у остальных ЛУИН/ЛЖВ (23,9%) изменение схемы производилось от двух до пяти раз. При этом у 65,7% пациентов наблюдались существенные изменения самочувствия при замене одних препаратов на другие.

О причинах замены схемы лечения в рамках исследования вопросы респондентам не были предусмотрены.

Рис. 7. Количество изменений схемы лечения у пациента.



Изменение схемы лечения по данным системы электронного слежения за случаями ВИЧ - инфекции

Всего по данным системы ЭС замена схемы лечения была произведена у 19% пациентов, в группе ЛУИН замену произвели у 17% и у 21% не-ЛУИН.

Причины изменения схемы лечения по данным системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции

При анализе причин перехода на другую схему лечения в системе ЭС можно выделить следующие основные причины: доступность новых препаратов («Атрипла», 64%), другие причины (7%) (в системе подробно не расписано), у 15% возникли токсические побочные эффекты и у 4% выявлена резистентность к назначенным АРВ-препаратам.

Табл. 10. Причины изменения схемы АРВ-лечения, система ЭС за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД КР.

Причина последнего изменения в АРТ	Замена препарата		
	ЛУИН	НЕ-ЛУИН	ВСЕГО
Беременность		2	2
Беременность планируется		1	1
Вирусологическая неэффективность	5	12	17
Доступность новых лекарств	86	124	210
✓ Доступность новых лекарств, %	65%	63%	64%
Другое	11	13	24
✓ Другое, %	8%	7%	7%
Иммунологическая неэффективность		1	1
Клиническая неэффективность	2	1	3

Новый случай ТБ	2	2	4
Отсутствие лекарств	4	1	5
Резистентность к препаратам	6	8	14
✓ Резистентность к препаратам %	5%	4%	4%
Токсические / побочные эффекты	16	33	49
✓ Токсические / побочные эффекты %	12%	17%	15%
Общий итог	132	198	330
Всего изменили схему АРТ	17%	21%	19%
ВСЕГО в группе ЛУИН и не ЛУИН	775	962	1737

Прерывание лечения изучалось из трех источников:

- опрос ЛЖВ,
- данные системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции,
- анализ записей в журнале регистрации выдачи АРВ препаратов в сайтах.

Прерывание приема АРВ-препаратов по ответам респондентов

25,2% (76) респондентов сообщили, что самостоятельно прекращали прием препаратов на длительный срок. При этом 44,7% отмечали значимые отличия в самочувствии при повторном назначении.

Причины прерывания приема АРВ-препаратов по ответам респондентов

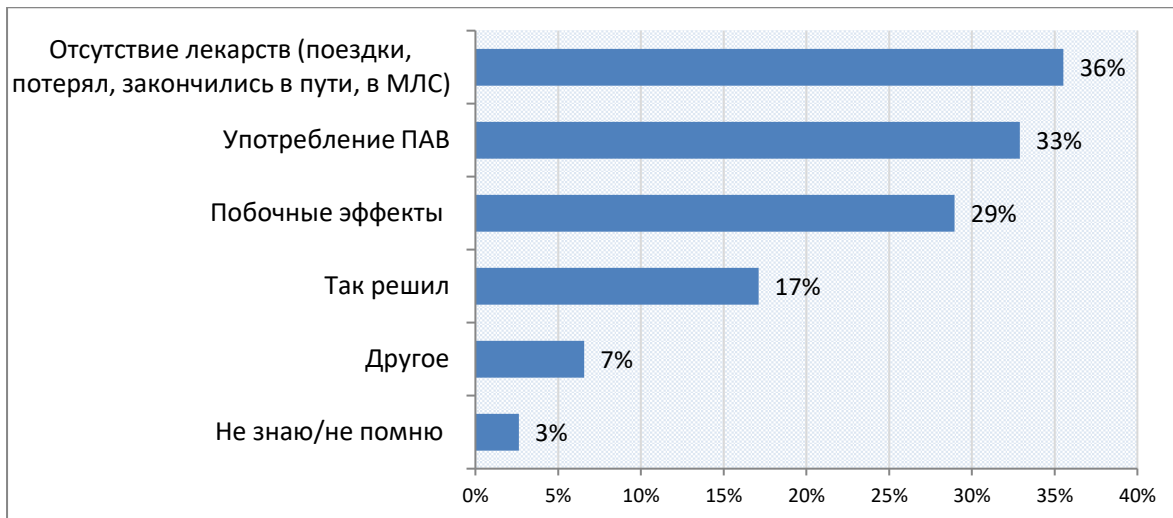
Низкий уровень ответственности за свое здоровье, небрежность пациентов в отношении хранения препаратов в дороге, недостаточное консультирование и информирование со стороны медицинских специалистов, неосведомленность пациентов об опасности прерывания приема препаратов может привести к тому, что пациенты оказываются не обеспеченными достаточным количеством АРВ-препаратов во время своих поездок за пределы своего населенного пункта. Отсутствие препаратов во время поездок, по самым разным причинам (забыл, потерял, не хватило) оказалось наиболее распространенной причиной самостоятельного прерывания приема АРВ препаратов (36%).

При анализе причин остановки лечения в рамках данного исследования на втором месте по распространенности было употребление ПАВ 33% (алкоголь либо наркотические средства).

В рамках исследования 29% респондентов сообщили в качестве причин, повлиявших на самостоятельную остановку приема АРВ-препаратов, возникновение побочных эффектов, таких как тошнота (11%), депрессия (8%), нарушение координации (7%), нарушение сна и рвота (7%). Т.е., 29% пациентов при своевременном медицинском вмешательстве могли бы продолжить лечение.

Решение пациента также выступает одной из распространенных причины прерывания приема АРВ-препаратов (17%), которую респонденты указали без разъяснения причин. Данный фактор может свидетельствовать об отсутствии ответственности за свое здоровье и говорит о низкой приверженности лечению.

Рис. 8. Причины прерывания АРВ-лечения по ответам респондентов.



Причины прерывания приема АРВ-препаратов по данным системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции

По результатам анализа данных системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, всего прерывали АРТ 18% пациентов, причем, ЛУИН/ЛЖВ в 1,5 раза чаще останавливают лечение (22%) в сравнении с группой ЛЖВ-не-ЛУИН (15%).

Основной причиной остановки лечения по данным системы ЭС выступает, так называемое, «решение пациента» (60,1%), которое, по сути, означает, что пациент прекратил приходиться за АРВ-препаратами без объяснения причин. Скорее всего, это происходит из-за низкой приверженности лечению, хотя низкая приверженность как причина остановки лечения выделена в системе ЭС отдельной строкой и составляет всего 3,9%.

У 25,7% респондентов остановка лечения происходит по другим причинам, которые не поясняются в системе и могут быть уточнены лишь при изучении амбулаторных карт пациентов ЛЖВ.

Известно, что побочные эффекты являются одной из распространенных причин прерывания АРВ-терапии. На исследуемых сайтах 7% пациентов прекратили прием АРВ-препаратов из-за возникновения токсических побочных эффектов, что может косвенно указывать на отсутствие своевременной медицинской помощи. Причем, побочные эффекты значительно чаще оказали влияние на решение пациента прекратить прием АРВ-препаратов в группе ЛЖВ-не-ЛУИН (14%), чем среди ЛУИН/ЛЖВ (1%).

Табл. 11. Причины прерывания АРВ-лечения, система ЭС за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД КР.

Причины остановки АРТ	ЛУИН	НЕ-ЛУИН	ВСЕГО
Выбыл в МЛС	2	1	3
Низкая приверженность лечению	8	4	12
✓ Низкая приверженность лечению, %	5%	3%	4%
Отсутствие лекарств	2		2
По решению пациента	101	86	187
✓ По решению пациента %	60%	60%	60%
Прерывание по другим причинам	49	31	80
✓ Прерывание по другим причинам %	29%	22%	26%
Токсические / побочные эффекты	2	20	22

✓ Токсические / побочные эффекты %	1%	14%	7%
Тяжелое клиническое состояние не связанное с ВИЧ и АРТ	2		2
Умер	2	1	3
Общий итог	168	143	311
✓ Всего прервали АРТ %	22%	15%	18%
ВСЕГО в группе ЛУИН и не ЛУИН	775	962	1737

Приверженность лечению

Общепринятые критерии оценки приверженности

Определить уровень приверженности пациента можно, используя такие критерии как:

- доля правильных приемов пациентом доз АРВП в отношении всех предписанных врачом доз,
- число пропущенных пациентом разовых доз в месяц,
- подсчет ежедневных приемов препаратов в месяц,
- соответствие времени приема с установленным рекомендациями врача,
- наличие колебаний во времени приема,
- соблюдение указанного пищевого режима при приеме препаратов,
- наличие самостоятельных, без согласования с врачом, пропусков приема лекарств без уважительной причины,
- наличие психологической установки на приверженность.

Определить уровень приверженности антиретровирусной терапии количественно можно путем расчета соотношения принятых доз препарата к количеству назначенных, выраженного в процентах. Таким образом, в зависимости от количества принятых доз препарата приверженность может быть выражена в процентном исчислении от нулевой (не принято ни одной дозы) до 100%-ой и более, когда пациент принимает больше доз, чем назначено врачом, и определяется по следующей формуле (Shalansky SJ, Levy AR, Ignaszewski AP, 2004):

Уровень приверженности = $V / A \cdot 100\%$, где A – количество доз, которые необходимо принять за определенный период, обычно – месяц, V – количество фактически принятых за этот период доз препарата

В идеальном варианте пациент должен иметь стопроцентную приверженность, но в реальной жизни при лечении длительно текущего хронического заболевания достижение такого результата практически невозможно. Обычно считается, что достижение 80% рубежа – уже хорошая приверженность, но такой подход неприемлем по отношению к ВИЧ-инфекции. Как показывают результаты исследований, эффективное лечение при ВИЧ-инфекции предполагает приём не менее 95% доз препарата³. Именно такой порог обеспечивает наилучший вирусологический ответ на лечение.

Для характеристики уровня приверженности АРВТ у пациентов с ВИЧ ВОЗ предлагает следующую градацию:

- хороший уровень приверженности – $\geq 95\%$;
- средний уровень приверженности – 85–94%;
- низкий уровень приверженности – $\leq 85\%$.

³ Paterson DL, Swindells S, Mohr J et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med. 2000;133(1):21-30.

С практической стороны данная градация означает, что пациент с рекомендуемым уровнем приверженности не может в течение месяца пропускать более одного дня приема препаратов или 3-х разовых доз (Таблица 12).

Табл. 12. Критерии оценки приверженности различными методами.

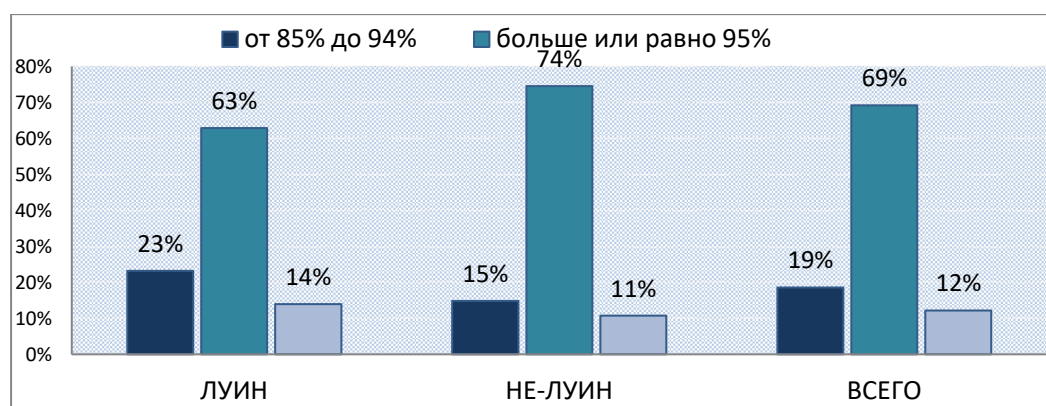
Критерии приверженности	Высокая приверженность	Умеренная приверженность	Низкая приверженность
Доля приема предписанных врачом доз	95% и более	80-94%	79% и менее
Число пропущенных разовых доз в месяц при приеме 2 раза в сутки	Менее 3-х или 1 день	3-10 доз или от 1,5 до 5 дней	Более 10 доз или 5,5 и более дней
Ежедневный прием препаратов в месяц составляет	29 и более дней	25-28,5 дней	24,5 дней и менее
Прием четко в установленное время с колебаниями	До 30 минут	В пределах 2-х часов	Более 2-х часов
Прием препаратов в соответствии с указанным пищевым режимом	Постоянно	Иногда не осуществляется	Чаще не осуществляется
Самостоятельные пропуски без уважительной причины	отсутствуют	единичные	Частые
Психологическая установка на приверженность	есть	не занимает активную позицию, но согласен с врачом	нет

Необходимо принять во внимание, что врач всегда переоценивает точность соблюдения режима лечения своими пациентами. Реальное соотношение приверженных и не-приверженных пациентов в популяции людей, принимающих АРВ-препараты, демонстрируют результаты исследований: доля высоко приверженных составляет около 70%, а не-приверженных – примерно 10%⁴, и по результатам исследований с применением кластерного анализа – высоко приверженные составляют группу 64%, умеренно приверженные – 24,6%; неприверженные – 11,4%.

Оценка приверженности специалистами, предоставляющими АРВ-терапию (в системе ЭС)

По результатам анализа данных системы ЭС за случаями ВИЧ-инфекции в КР в четвертом квартале 2016 года в исследуемых сайтах уровень приверженности «95% и выше» регистрируется среди 63% ЛУИН/ЛЖВ, 74% среди ЛЖВ-не ЛУИН и 69% в общей группе ЛЖВ.

Рис. 9. Приверженность АРВ-лечению по данным системы ЭС за случаями ВИЧ-инфекции, КР.



⁴ Т.К. Тангишева, 2006; J.Z. Li, S. Gallien, H. Ribaud et al., 2013.

Оценка приверженности по результатам расчетов данных выдачи АРВ-препаратов

Для выяснения объективной картины недостаточно задавать пациенту общие вопросы, касающиеся приема терапии. Детально исследовать ситуацию и получить точное представление о приверженности терапии со стороны пациента можно с помощью различных методов. В рамках данного исследования приверженность к АРТ оценивалась за последние 6 месяцев, для чего на всех изучаемых сайтах были выписаны даты выдачи АРВ-препаратов и количество дней, на которые эти препараты выдавались за период с 1 марта 2017 г. - 31 августа 2017г. (из журналов выдачи АРТ).

В выборке пациенты были распределены следующим образом:

1. Пациенты, принимающие АРВ-препараты за изучаемый период, без официального завершения лечения – 235, 73,2%;
2. Пациенты, прервавшие лечение – 28; 8,7% (прервавшими лечение считались пациенты, которые не принимали АРВ-препараты более 90 дней);
3. Пациенты, возобновившие лечение после перерыва – 23; 7,2%;
4. Пациенты, начавшие прием АРТ за последние 3 месяца – 19; 5,9%;
5. Пациенты, не начинавшие лечение совсем – 16; 5%

Из всего списка пациентов для оценки приверженности лечению были исключены те, кто начали прием АРВ-препаратов за последние 3 месяца (№4), т.к. еще рано делать выводы о формировании приверженности; а также те, кто не начинали АРТ совсем (№5). Приверженность была оценена нами среди пациентов под пунктами 1, 2 и 3, n=286. Расчет пропусков лечения проводили путем сложения выданных таблеток и сравнения с количеством дней на АРВТ по следующей формуле:

$$\text{Расчет пропусков} = \frac{\text{количество дней приема} - \text{количество выданных таблеток}}{\text{количество дней приема}/30}$$

При этом учитывались оставшиеся таблетки от предыдущей выдачи препаратов. В случае если оставались таблетки от предыдущей выдачи, то они прибавлялись к количеству выданных таблеток в следующем месяце. Приверженность оценивалась для каждого месяца приема АРВТ. Удовлетворительным уровнем приверженности считался 95% и выше, т.е. пропуск не более одного приема препаратов в месяц. Респонденты, когда-либо начавшие АРВ-терапию и прервавшие ее, сразу были отнесены к пациентам с низкой приверженностью.

Приверженность 95% и выше была нами определена среди 22% пациентов, от 12% до 30% в разбивке по населенным пунктам.

Табл. 6. Уровень приверженности среди ЛУИН/ЛЖВ в разбивке по населенным пунктам.

	Доля приверженных	Всего пациентов
ГЦПБС	30%	82
ООЦПБС	27%	70
ЦСМ Ысык-Ата	14%	42
ЦСМ Жайыл	15%	33
ЦСМ Сокулук	12%	59
Общий итог	22%	286

Среди 235 пациентов, которые не завершили лечение, продолжительность АРВ-терапии на момент анализа в среднем составила 11,8 мес., медиана 11 мес., минимально 3 мес., максимально 28 мес., мода 13 мес.

Оценка силы связи различных факторов с низким уровнем приверженности АРВ-лечению

Первично было протестировано 38 факторов методом моновариабельного анализа, из которых 12 факторов со значением P-value $\leq 0,1$ были отобраны для тестирования в модели логистической регрессии для исключения факторов смешивания.

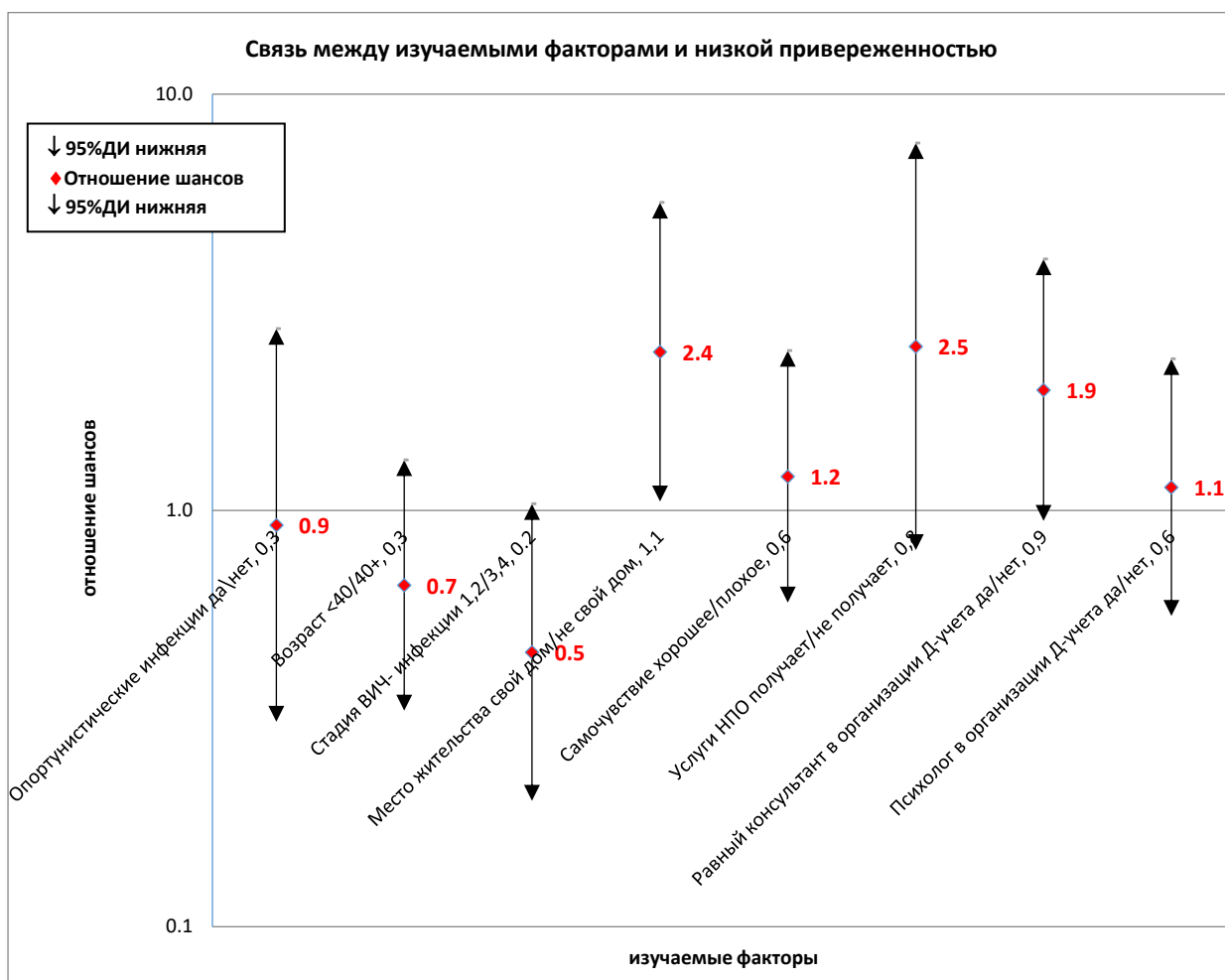
Табл. 7. Список факторов, включенных в модель логистической регрессии, P-value ≤ 0.1

№	факторы риска	%	ОШ (оценка шансов)	95% ДИ (доверительный интервал)		P-value
				нижняя	верхняя	
1	возраст младше 40 лет	85%	0,53	0,27	1,01	0,054
2	без оппортунистических инфекций	87%	0,49	0,22	1,10	0,082
3	проживает не в своем доме	86%	1,94	0,90	4,19	0,092
4	1-2 стадия ВИЧ-инфекции	86%	0,44	0,24	0,82	0,010
5	1 таблетка в дозе	82%	0,35	0,18	0,69	0,002
6	2 дозы в день	83%	0,35	0,18	0,69	0,002
7	нет очереди к врачу диспансерного отдела	83%	0,59	0,32	1,07	0,084
8	отсутствие равного консультанта в организации "Д" учета	84%	2,18	1,23	3,89	0,008
9	отсутствие психолога в организации "Д" учета	82%	1,62	0,92	2,86	0,098
10	плохое(депрессии, усталость, чувство страха и т.д.) состояние за последние 6 мес.	83%	1,68	0,92	3,07	0,091
11	не получали услуги в НПО	91%	3,21	1,10	9,35	0,032
12	не находились в местах лишения свободы	83%	0,60	0,33	1,09	0,093

По результатам анализа в логистической регрессии шанс иметь низкую приверженность (> 95%) оказался выше среди проживающих у родственников или снимающих жилье (OR= 2.4, 95% CI 1.1-5.5) и среди тех ЛУИН, которые указали на отсутствие равного консультанта в учреждении, где они состоят на диспансерном учете.

Согласно интерпретации значений доверительного интервала в логистической регрессии, все факторы со значением выше 0 имеют защитный эффект. Так, наличие своего дома и «равного» консультанта в учреждении диспансерного учета ЛУИН/ЛЖВ способствуют повышению приверженности к АРВТ.

Рис.10. Тестирование связи между факторами и низким уровнем приверженности методом логистической регрессии.



Лабораторные показатели на момент назначения терапии и их динамика под воздействием АРВТ

Анализ лабораторных данных из системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции показал, что нет значимой разницы в снижении ВН и увеличении числа СД4 клеток между приверженными и не-приверженными АРВ-лечению, что может косвенно указывать на то, что те, кто своевременно получает АРВ-препараты в лечебном учреждении, на самом деле их не принимает в полном объеме.

Табл. 15. Снижение уровня вирусной нагрузки в разбивке по уровню приверженности, система ЭС за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД, КР.

Значения ВН	Приверженные	Не-приверженные
снижение в 2 раза и более	41 (66%)	113 (50%)
нет снижения	15 (24%)	71 (32%)
нет данных	6 (10%)	40 (18%)
	62	224

Табл. 16. Увеличение количества клеток СД4 в разбивке по уровню приверженности, система ЭС за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД, КР.

Значения СД4	Приверженные	Не-приверженные
увеличение в 2 и более раз	16 (26%)	47 (21%)
нет увеличения	45 (73%)	176 (79%)
нет данных	1 (2%)	1 (0,4%)
	62	224

Режим приема АРВ-терапии

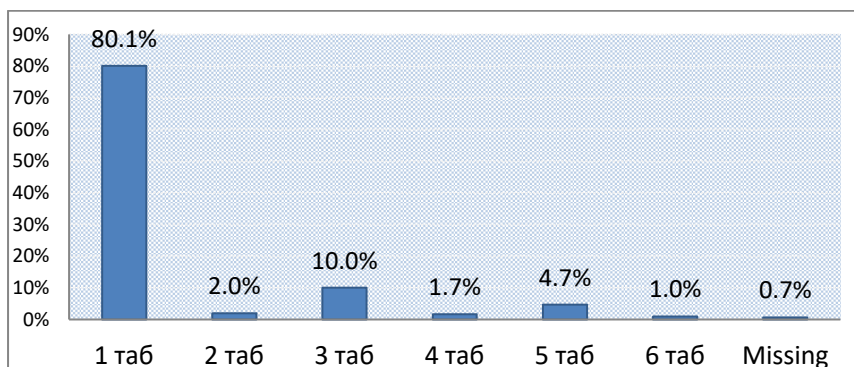
Перед началом АРВ-терапии пациенту необходимо осознать, что ему придется принимать АРВ-препараты регулярно и на протяжении всей жизни. И так как стиль жизни у каждого человека индивидуальный, то и решение о начале лечения должно приниматься на индивидуальной основе, учитывая личные обстоятельства, такие как график работы или другую деятельность. Также при назначении терапии должны учитываться потребности и предпочтения пациента относительно частоты приема препаратов, вероятности возникновения побочных эффектов и возможные взаимодействия с другими препаратами.

Количество таблеток, частота приема и определенные требования к диете также могут усложнять прием препаратов. Например, если человек находится в общественном месте, он вряд ли сможет принять препарат незаметно для окружающих его людей. Придерживаться режима приема сочетаний препаратов, которые необходимо принимать три или больше раз в день, более сложно, чем при использовании препаратов с фиксированной комбинированной дозой с меньшей частотой приема. В настоящее время уже имеется возможность получать терапию, которую можно принимать один раз в день.

В рамках данного исследования большинство пациентов (82,4%) было переведено на однократный прием АРВ терапии в день, но, тем не менее, остается 23,9% ЛУИН/ЛЖВ, которые принимают препараты 2 или 3 раза в день.

По количеству принимаемых таблеток, как и следовало ожидать, 80,1% пациентов принимают одну таблетку в день («Атрипла»), остальные респонденты принимают от двух до шести таблеток в день (19,4%).

Рис.11. Количество принимаемых таблеток среди ЛУИН/ЛЖВ.



Из всех ЛУИН/ЛЖВ, принимающих АРВ-препараты, 98,7% пациентов получали рекомендации врача о том, как и в какое время необходимо принимать АРВ препараты, что бы это как можно меньше влияло на обычный распорядок дня.

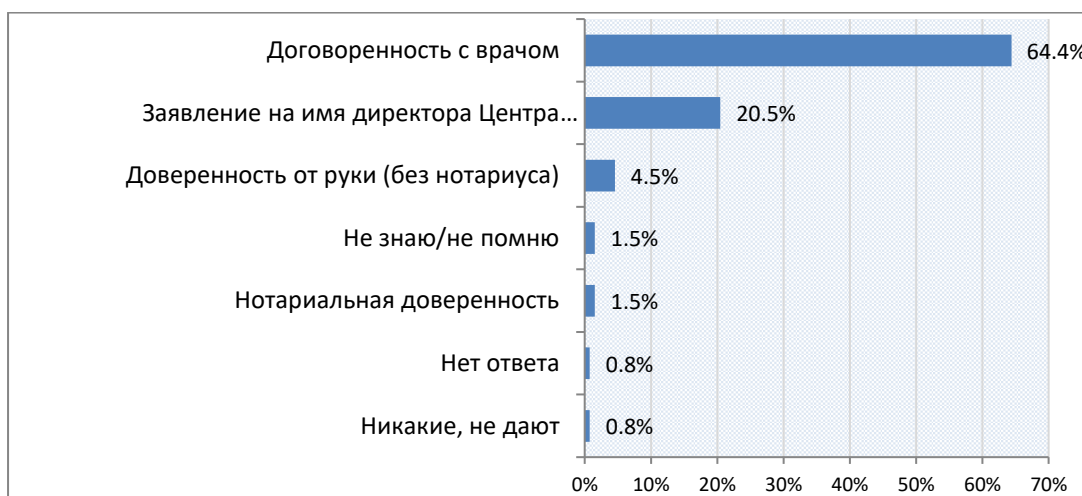
Подавляющее большинство пациентов (94%) сказали о том, что всегда могут рассчитывать на помощь и поддержку на вопрос о получении помощи и поддержки по всем вопросам АРВ-терапии со стороны лечащего врача.

Менеджмент выдачи АРВ-препаратов

Как сообщалось ранее, отсутствие препаратов во время поездок, по самым разным причинам (забыл, потерял, не хватило) оказалось наиболее распространенной причиной самостоятельного прерывания приема АРВ-препаратов в анамнезе (36%).

При изучении возможных причин отсутствия препаратов 50,5% пациентов сообщили о том, что никто другой, не может получить за них АРВ-препараты в случае необходимости, а 4,3% не знали что ответить. Также 67,4% пациентов сообщили о том, что не могут получить АРВ-препараты в других учреждениях его города или области и 11,9% не ответили на вопрос. Из числа остальных респондентов, которые осведомлены о возможностях получения АРВ-препаратов их родственниками либо на более долгий срок, 64,4% сообщили, что могут договориться об этом с лечащим врачом и 20,5% сообщили о возможности обратиться с заявлением на имя директора Центра СПИД. На самом деле, во многих организациях, осуществляющих диспансеризацию ЛЖВ, АРВ-препараты формально могут выдавать родственникам, либо выдавать препараты на срок более чем 30 дней по заявлению на имя главного врача учреждения, либо по договоренности с врачом. Но респонденты либо не знают об этих возможностях, либо не пользуются ими по невыясненным причинам.

Рис.12. Условия выдачи АРВ-препаратов родственниками ЛУИН/ЛЖВ.



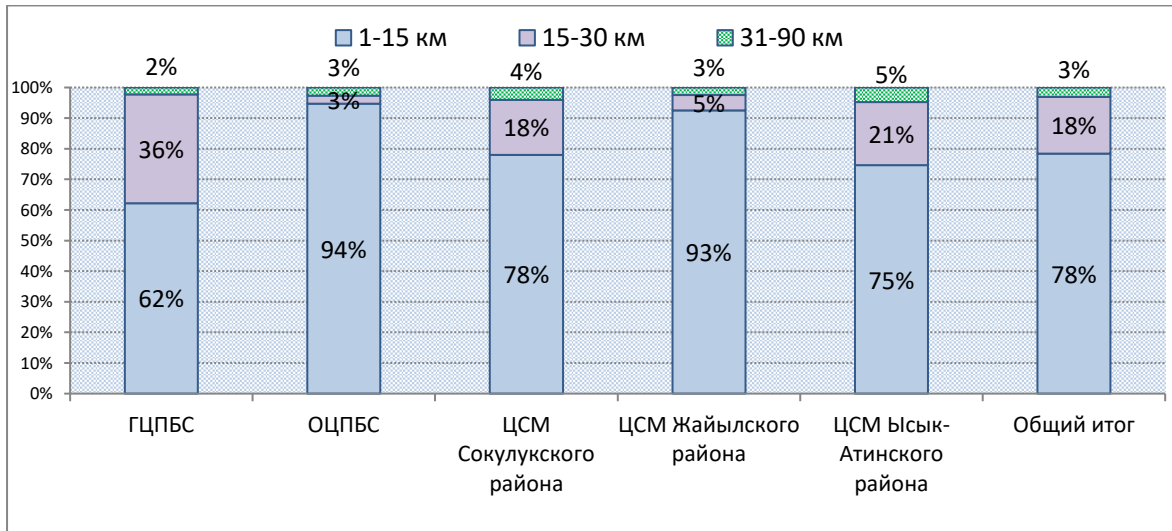
Доступность медицинских услуг

Низкий уровень доступности и неудобство работы служб, такие как отдаленное территориальное расположение специализированных служб, неудобное время приема специалистов, очереди на прием к врачу являются серьезным барьером к получению помощи, особенно для пациентов из числа ЛУИН.

Отдаленность проживания от медицинского учреждения

Как оказалось, в основном опрошенные ЛУИН/ЛЖВ (78%) проживают недалеко от медицинского учреждения (1-15 км), но в трех населенных пунктах от 18% до 36% респондентов проживают на расстоянии от 15 до 30 км от организации, а от 2% до 5% респондентов на расстоянии от 31 до 90 км.

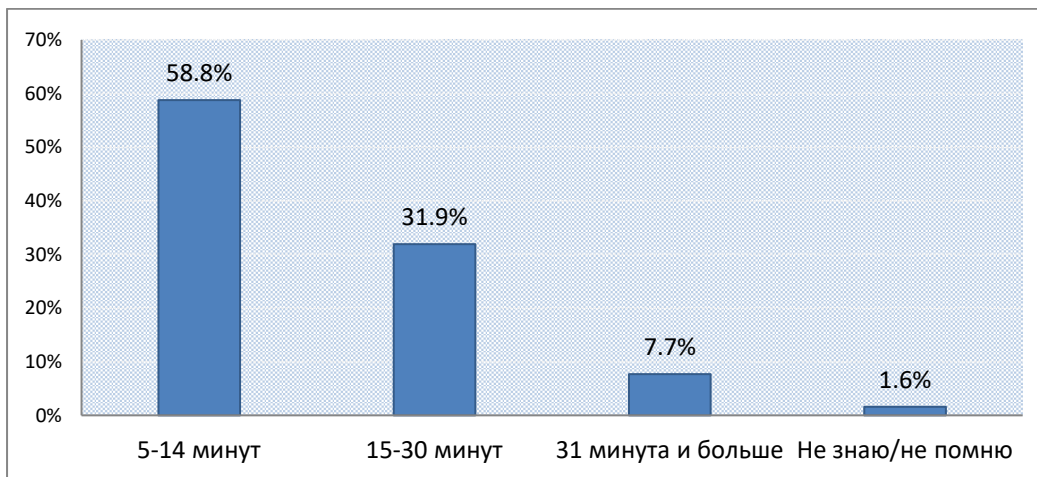
Рис.13. Отдаленность проживания от медицинского учреждения ЛУИН/ЛЖВ.



Время ожидания в очереди во время визитов к врачу, предоставляющего АРВ-лечение

59,7% ЛУИН/ЛЖВ сообщили о том, что во время визитов к врачу диспансерного отдела центров СПИД или инфекционисту в ЦСМ бывают очереди, в которых половина респондентов ожидает от 5 до 14 минут, 32% ожидает от 15 до 30 минут и 8% ожидает своей очереди более получаса.

Рис. 14. Время ожидания в очереди во время визитов к врачу по АРВ-лечению.

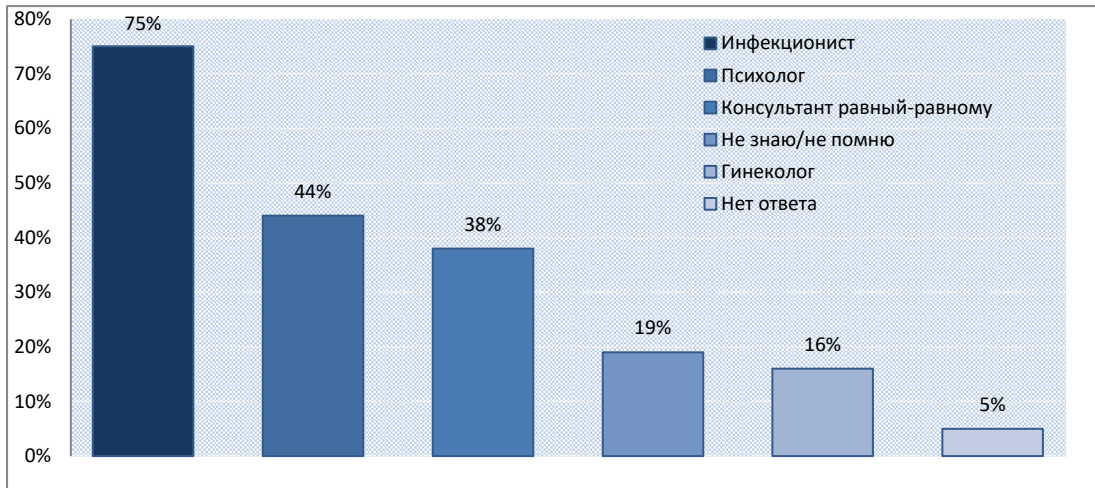


Комплексные услуги

Скоординированная работа медицинских и немедицинских служб (например, учреждений, предоставляющих медицинские услуги, и организаций, оказывающих психологическую, социальную, юридическую помощь), способствует организации комплексных программ поддержки ЛЖВ, мотивирующих на сохранение здоровья. Преимущество в предоставлении медицинской/социальной/психологической/юридической помощи путем объединения их в мультидисциплинарные команды обеспечивает возможность перенаправления пациентов между специалистами и комплексного решения проблем, препятствующих формированию приверженности.

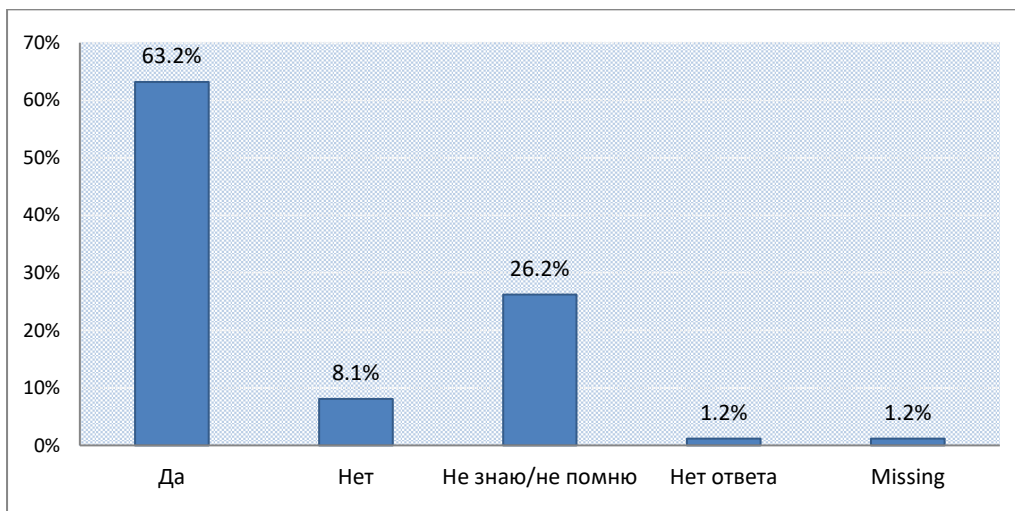
По результатам опроса выяснено, что в организациях, в которой респонденты состоят на Д-учете, работают «равные» консультанты, психологи, гинекологи и инфекционисты.

Рис. 1. Возможность получения комплексных услуг в месте предоставления АРВ-лечения.



63,2% ЛУИН/ЛЖВ считают, что в рамках одного посещения могут попасть еще и к другим специалистам, 26% не знают о такой возможности.

Рис. 2. Доля ЛУИН/ЛЖВ, знающих о возможности посещения других специалистов во время визита своего врача.



Отношение медицинских специалистов к ЛЖВ

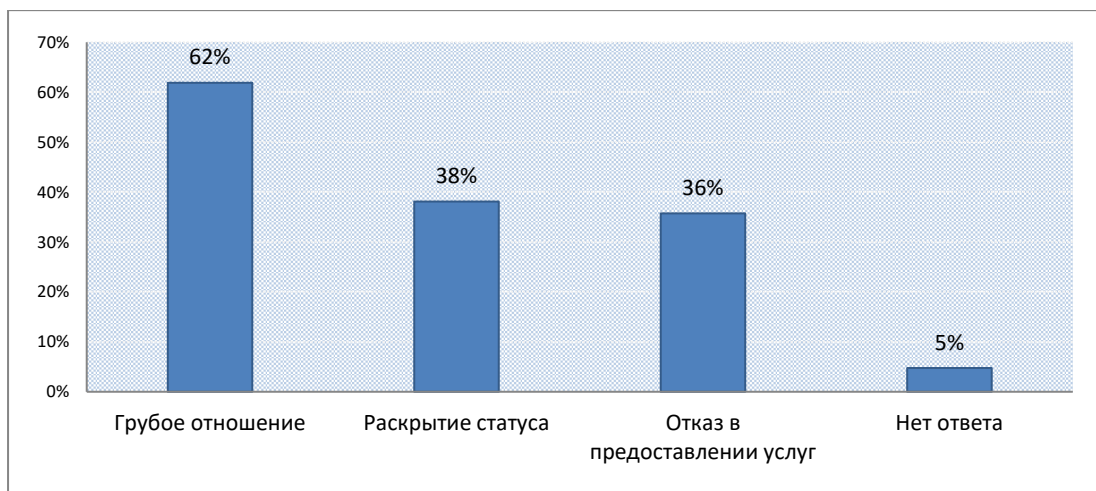
Очень важно учитывать при формировании приверженности у пациентов ЛЖВ отношение к ним в государственных учреждениях. Стигматизирующее отношение врачей, дискриминация, отказ в предоставлении специализированных видов помощи – стоматологической, хирургической и т.п. имеет негативные последствия для ЛЖВ. Качество предоставляемых услуг (отрицательное впечатление от медицинского обслуживания приводит к нежеланию повторного обращения);

Подавляющее большинство респондентов 94,4% говорят о доброжелательном отношении к ним медицинских специалистов, где состоят на Д-учете, по мнению 3,1% к респондентам относятся нейтрально, остальные 4 человека испытали либо грубое, либо безразличное отношение к себе.

13% (42) пациентов сообщили о том, что испытывали сложности при обращении к другим специалистам в связи с ВИЧ статусом (ЦСМ, стационары и т.д.). И здесь уже 62% сообщили о том,

что испытали к себе грубое отношение, 38% пожаловались на раскрытие статуса, 36% отказали в предоставлении услуг.

Рис. 3. Отношение медицинских специалистов к ЛЖВ.



Патронажные медсестры

В изучаемых медицинских учреждениях, где осуществляется диспансерное наблюдение за ЛЖВ, были открыты штаты патронажных медсестер, в функциональные обязанности которых входит: работа по приверженности с пациентами на АРВ-терапии и их близким окружением, общий уход за пациентами, выполнение врачебных назначений, поиск ЛЖВ, долго не посещающих медицинское учреждение и т.д. Посещать пациентов на дому патронажные медсестры могут только после письменного согласия пациента в каждом сайте. По информации интервью с ключевым лицом большинство ЛУИН/ЛЖВ отказываются от визитов патронажных медсестер.

Всего в изучаемых сайтах работает 12 патронажных медсестер, со следующим распределением по сайтам:

- ГЦПБС – 4,
- ОЦПБС – 3,
- ЦСМ Жайылского района – 1,
- ЦСМ Ысык-Атинского района – 2,
- ЦСМ Сокулукского района – 2.

Услугами патронажных медсестер охвачено 30 (9.3%) пациентов, с наибольшим охватом в двух сайтах: в г.Ош (18%) и Жайылском районе (15%).

Рис. 4. Охват ЛУИН/ЛЖВ визитами патронажных медсестер.

Медицинские учреждения	Посещает патронажная медсестра		Размер выборки
	Абс.число	%	
ГЦПБС	3	3%	90
ОЦПБС	14	18%	77
ЦСМ Сокулукского района	3	6%	50
ЦСМ Жайылского района	6	15%	40
ЦСМ Ысык-Атинского района	4	6%	64
Всего	30	9.3%	321

Респонденты перечислили все услуги и виды помощи, которые патронажные медсестры оказывают им во время своих визитов. Наиболее часто оказываемой услугой является консультирование по вопросам АРВ-терапии (70%).

Рис. 5. Услуги патронажных медсестер.

Услуги и помощь	Абс.ч.	%
Консультирование по вопросам АРВТ	21	70%
Никакую помощь не оказывает	10	33%
Обучение близкого окружения правильному уходу за ЛЖВ	9	30%
Напоминание о приеме препаратов ежедневно	9	30%
Обучение правильному выполнению лекарственных назначений	8	27%
Оценка приверженности к АРТ	7	23%
Напоминание о том, что нужно забрать лекарства	7	23%
Выполнение врачебных назначений	7	23%
Оценка нужд в отношении АРТ	6	20%
Контроль приема препаратов	6	20%
Общий уход за ЛЖВ	3	10%
Нет ответа	5	17%
ВСЕГО	30	100%

Также ЛУИН/ЛЖВ сообщили о других услугах патронажных медсестер: забор крови, консультации по медицинским услугам и другим заболеваниям, напоминание о сдаче анализов, направление к медицинским специалистам, направление на обследования, приглашение на прием в ЦСМ, доставка АРТ, доставка шприцев и презервативов, сбор копий документов.

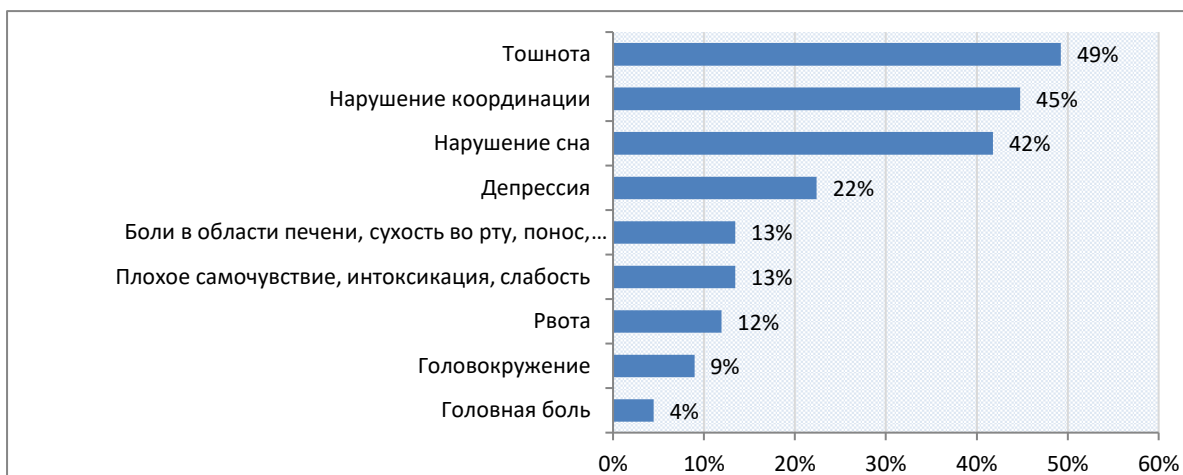
Возникновение побочных эффектов во время приема АРВ-препаратов и поддержка медицинских работников

Побочные эффекты

Возникновение побочных эффектов является всем известной причиной снижения приверженности лечению. Токсичность (гепатотоксичность) и побочные эффекты АРВ-препаратов, взаимодействие их с другими препаратами или веществами могут усугублять самочувствие пациентов. Некоторые побочные эффекты являются достаточно серьезной проблемой сразу после начала лечения, однако позднее, как правило, через короткий период времени, они проходят. Эти побочные эффекты могут проявляться в виде головной боли, расстройства желудка, плохого самочувствия, беспокойного сна или измененных состояний сознания. Пациенту важно заранее знать о возможных побочных эффектах и о том, как с ними справиться и к кому обратиться за срочной рекомендацией.

В рамках исследования среди пациентов, самостоятельно прерывавших АРВ-лечение, 29% сообщили, что в анамнезе прерывали лечение по причине возникновения побочных эффектов. В настоящее время на фоне приема АРВ-препаратов 67 человек (22,3%) сообщили о наличии у них побочных эффектов, наиболее распространенными среди которых являются тошнота, нарушение координации и нарушение сна.

Рис. 6. Причины прерывания лечения ЛУИН/ЛЖВ (среди участников исследования)



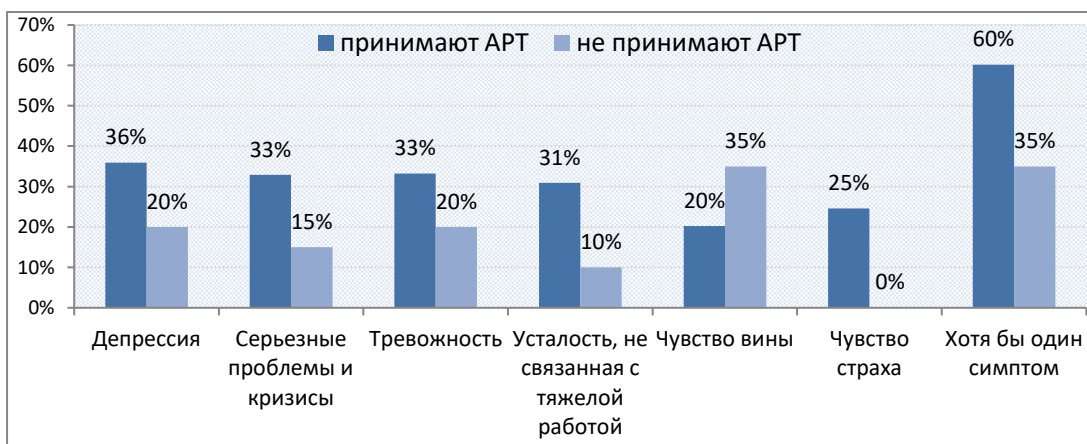
Поддержка медицинских специалистов при возникновении побочных эффектов

Из 67 человек, с возникшими побочными эффектами, 53 (79,1%) подтвердили, что лечащий врач помогает им в преодолении побочных эффектов, но 16,4% респондентов такую помощь не получают, а 3% не смогли ничего сказать об этом.

Депрессия и психологические проблемы

Проблемы с психическим здоровьем, серьезные проблемы и кризисы, депрессивные состояния влияют на приверженность. Высокий уровень тревожности, как показывают данные исследований, напрямую коррелирует с уровнем не приверженности АРВТ. Усталость от длительного приема препаратов, от необходимости постоянного самоконтроля приводит к отказу или срывам режима приема препаратов. Иногда даже лучше до начала АРВ-терапии пройти курс лечения от депрессии. Также у людей, принимающих АРВ-препараты, иногда возникает подавленное состояние или раздражительность. Анализ данных показал, что депрессия; серьезные проблемы и кризисы; тревожность; усталость; не связанная с тяжелой работой; чувство вины; чувство страха гораздо чаще распространены среди тех, кто принимают АРВ-лечение. Хотя бы одно из этих проявлений наблюдается в два раза чаще среди пациентов на АРВ-терапии (60%) по сравнению с группой пациентов, не получающих лечение (35%).

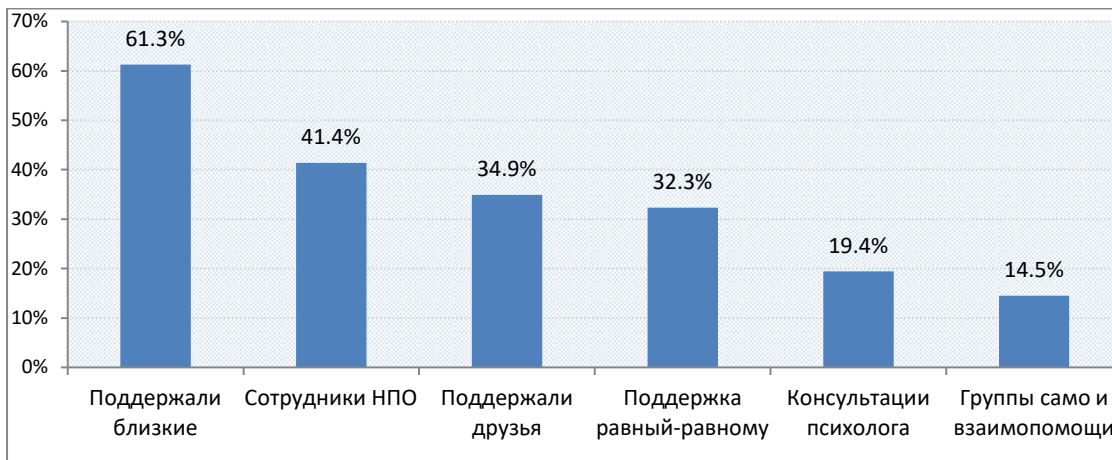
Рис. 7. Наличие психологических проблем у ЛУИН/ЛЖВ



При возникновении перечисленных проблем 82,1% пациентов, принимающих АРВ-препараты, получают помощь из разных источников, среди которых основную долю составляют близкое

окружение (61%). Нельзя не сказать также о помощи и поддержке со стороны сотрудников НПО (41,4%), равных консультантов, специалистов и друзей.

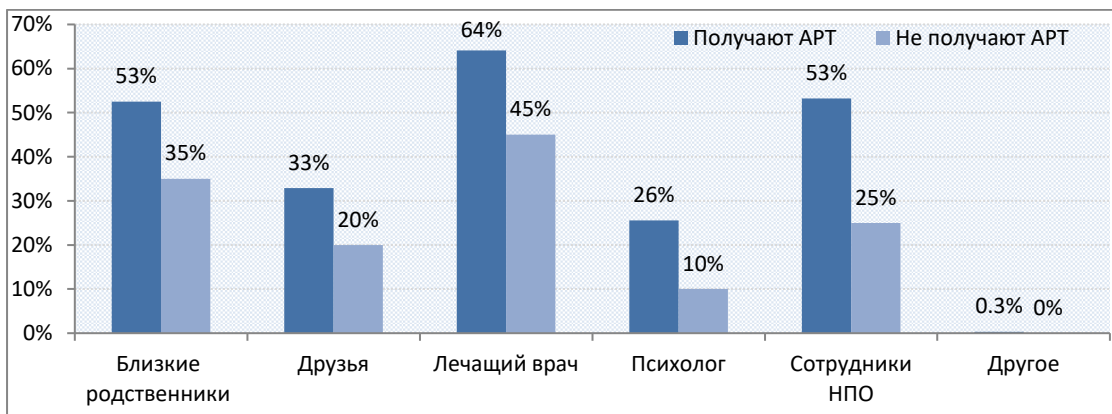
Рис. 8. Источники помощи и поддержки у ЛУИН/ЛЖВ при возникновении проблем.



Получение помощи и поддержки от близкого окружения, сотрудников НПО и медицинских работников

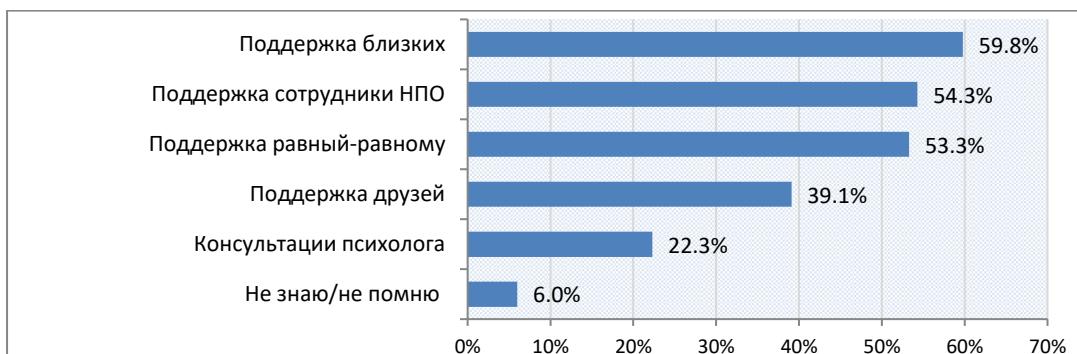
Большинство ЛУИН/ЛЖВ (85%) говорят о наличии в их окружении людей, которые знают об их ВИЧ-статусе и оказывают им всяческую поддержку. Пациенты на АРВ-терапии чаще получают помощь (86%), чем группа ЛУИН/ЛЖВ не на АРТ.

Рис. 9. Получение помощи в зависимости от статуса приема АРВ-лечения.



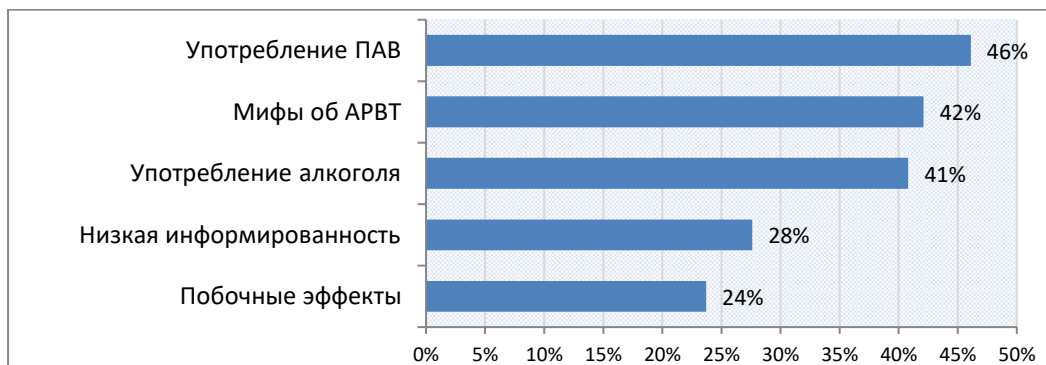
У 57% респондентов в окружении есть ЛЖВ, приверженные АРВ-лечению, которым помогают быть приверженными такие факторы как: поддержка близких (59,8%), сотрудников НПО (54,3%), «равных» консультантов (53,3%), друзей (39,1%) и консультация психолога (22,3%).

Рис. 10. Факторы поддержания приверженности АРВ-лечению (со слов ЛУИН/ЛЖВ).



Наряду с приверженными ЛЖВ в близком окружении 78 респондентов (24,3%) имеются также ЛЖВ, которые не привержены АРВ-терапии, которые, по мнению респондентов, отказываются от АРВ-терапии по причине употребления наркотиков (46%), вера в мифы об АРТ (42%), употребление алкоголя (41%), низкая информированность (28%), а также побочные эффекты (24%).

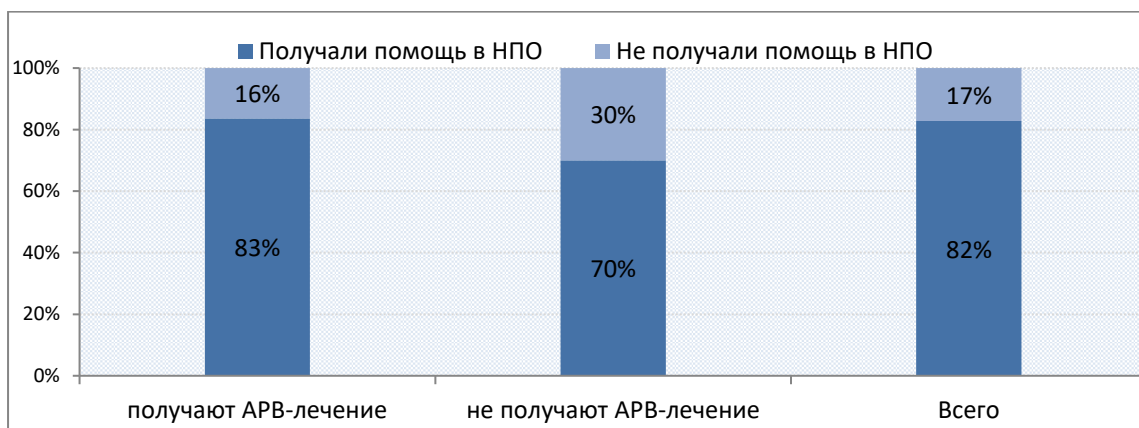
Рис. 11. Факторы, снижающие приверженность АРВ-лечению (со слов ЛУИН/ЛЖВ).



Общественная поддержка (наличие СПИД-сервисных организаций, предоставляющих комплексную помощь ЛЖВ), создает более благоприятные условия для индивидуальной клиент-центрированной работы и мотивации на лечение и др.

Получающие АРВ-лечение пациенты больше охвачены услугами со стороны НПО.

Рис. 12. Охват услугами НПО в зависимости от статуса приема АРВ-лечения.



При изучении спектра получаемых услуг в НПО отмечается более активное получение услуг НПО ЛЖВ-ЛУИН, принимающих АРВ-лечение.

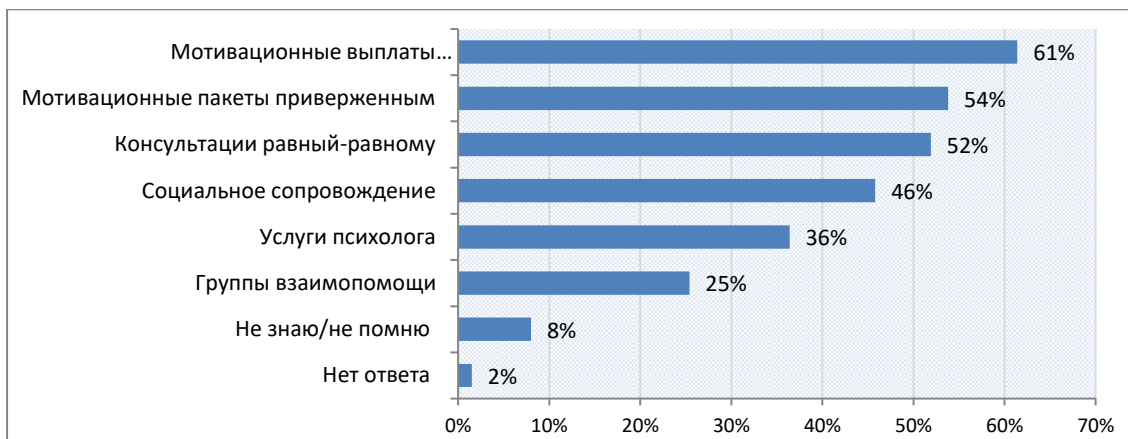
Табл. 8. Доступ к услугам в зависимости от статуса получения АРВ-лечения.

	получают АРВ-лечение		не получают АРВ-лечение	
Тестирование на ВИЧ	50	20%	4	29%
Группы взаимопомощи	84	34%	1	7%
Консультации «равный-равному»	140	56%	8	57%
Мотивационные выплаты приверженным	151	60%	0	0%
Мотивационные пакеты приверженным	187	75%	0	0%
Услуги психолога	86	34%	2	14%

Социальное сопровождение	124	50%	6	43%
Получали шприцы	10	4%	11	79%
Не знаю/не помню	1	0%	0	0%
Нет ответа	0	0%	0	0%
всего	264		14	

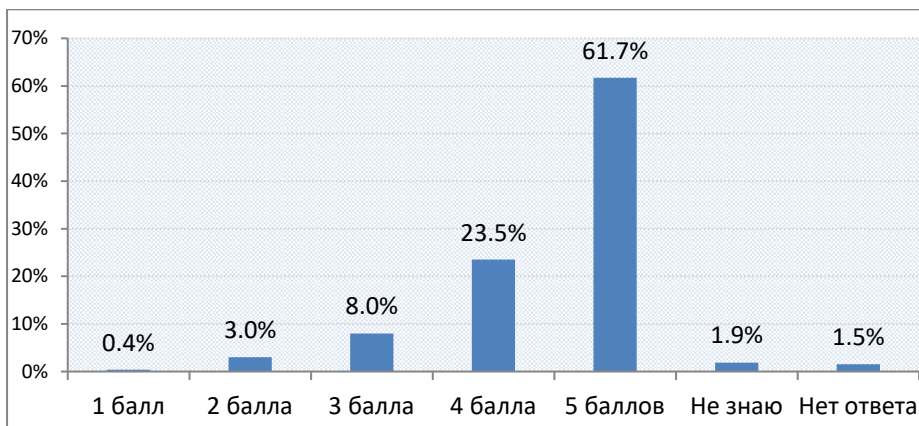
По мнению респондентов, наиболее эффективными услугами НПО в поддержании приверженности АРТ являются услуги материального характера: мотивационные выплаты, мотивационные пакеты и консультации «равных». Но они не исключили и такие услуги как социальное сопровождение, услуги психолога и группы взаимопомощи.

Рис. 13. Наиболее эффективные меры поддержания приверженности АРВ-лечению (со слов ЛУИН/ЛЖВ).



Большинство ЛУИН/ЛЖВ (85,2%) оценили услуги НПО на 4 и 5 баллов.

Рис. 14. Оценка услуг НПО со стороны ЛУИН/ЛЖВ.



Употребление ПАВ

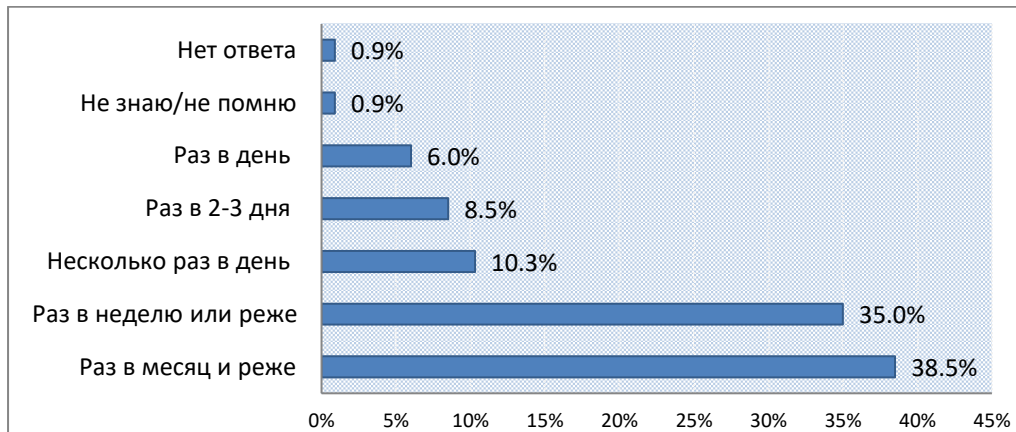
Как известно, алкоголь и психоактивные вещества обладают токсическим действием на организм. Также при употреблении этих веществ снижается эффективность антиретровирусной терапии, ввиду развития депрессивных состояний снижается приверженность лечению, а также развиваются различные побочные эффекты (в первую очередь, связанные с токсическим действием на печень сочетания алкоголь/антиретровирусные препараты), требующие дополнительного обследования и назначения дополнительных препаратов. Особенно явление гепатотоксичности актуально при лечении лиц с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС⁵ [1,2,3,4,5].

⁵ 1. AIDS. 2008. – № 2: 109-128.

Также приверженность к лечению может усложняться для людей, которые ведут нестабильный образ жизни вследствие употребления ПАВ, так как под влиянием наркотиков и алкоголя, повышается вероятность пропуска дозы.

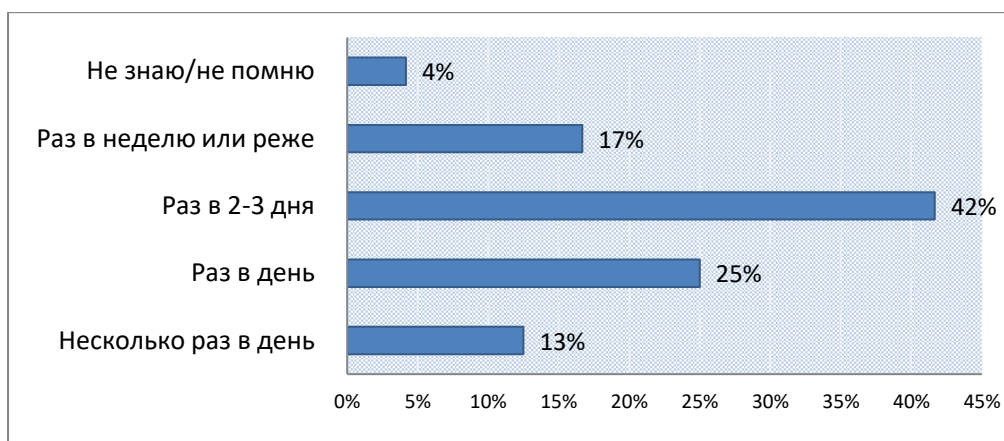
Проблемы с употреблением алкоголя имеют почти все респонденты, из которых 59,8% употребляли алкоголь от одного раза в неделю до нескольких раз в день.

Рис. 15. Частота употребления алкоголя ЛУИН/ЛЖВ за последние 30 дней.



24 ЛУИН/ЛЖВ (7,5%) употребляли инъекционные наркотики за последние 30 дней.

Рис. 16. Частота употребления инъекционных наркотиков ЛУИН/ЛЖВ за последние 30 дней.



64 ЛУИН/ЛЖВ (54,7%), принимающих АРВ-лечение, побывали в местах лишения свободы.

Половые партнеры ЛУИН/ЛЖВ

Количество непостоянных половых партнеров за последние 12 месяцев: 64 респондента (19,9%) подтвердили наличие у них непостоянных половых партнеров, с которыми они занимались

2. **Nuñez MJ, Martín-Carbonero I, Moreno V, Valencia E, García-Samaniego J, Gonzales-Castillo J, et al.** Impact of antiretroviral treatment-related toxicities on hospital admissions in HIV infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2006; 22: 825-829.
3. **Patella F, Baker R, Moorman A, Chmiel J, Wood K, Brooks J, et al.** Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 43:27-43.
4. **Tuldra A et al.** Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 25(3):221-228.
5. **Walsh JC et al.** Reasons for nonadherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS Care*, 2001, 13(6):709-720.

сексом один или несколько раз (включая секс за деньги). Среднее число половых партнеров 4,8, медиана 3, минимум 2, максимум 20.

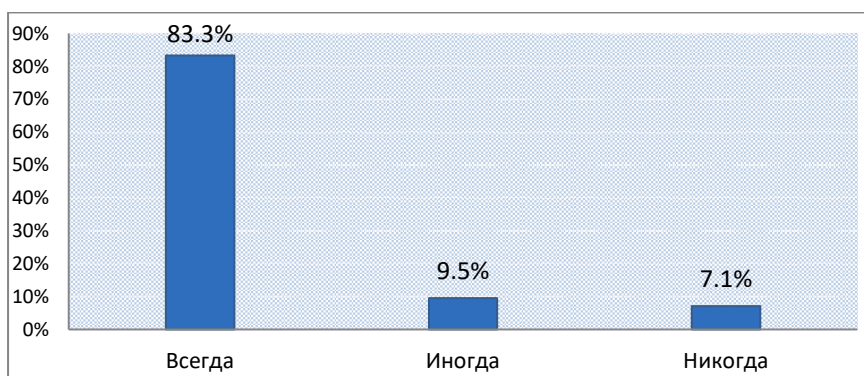
Количество супругов/сожителей за последние 12 месяцев

На вопрос о семейном положении в начале анкетирования 49% ответили, что имеют либо законного/ю либо гражданского/ю супруга/у. На вопрос о наличии законного или гражданского супруга за последние 12 месяцев утвердительно ответили 51,4% респондентов, из которых у 98% был один супруг, у троих респондентов (2%) два супруга и у одного ЛЖВ было трое супругов/сожителей.

Использование презерватива с половыми партнерами

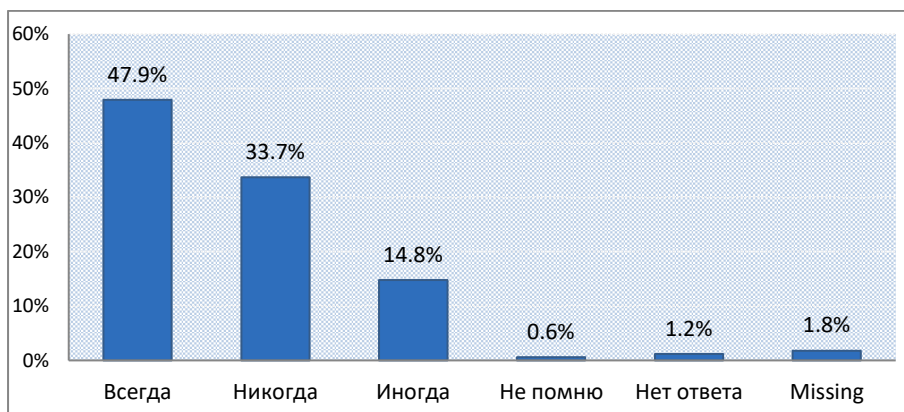
Из числа тех, кто имел половые контакты с непостоянными половыми партнерами за последние 12 месяцев, 16,6% респондентов практиковали опасное половое поведение (совершенно не использовали с ними презерватив, либо использовали его иногда).

Рис. 17. Использование презерватива с непостоянными половыми партнерами.



Из числа респондентов, у которых были супруги/сожители за последние 12 месяцев, 48,5% практиковали опасное половое поведение (совершенно не использовали с ними презерватив, либо использовали его иногда).

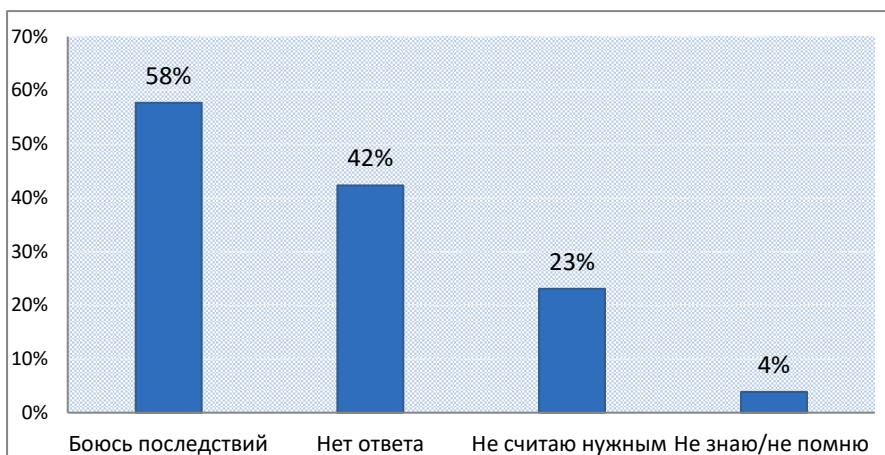
Рис. 18. Использование презерватива с постоянными половыми партнерами.



Сообщение статуса законному супругу/сожителю

Небольшая часть респондентов (15,4%) не сообщили своему супругу/сожителю о своем ВИЧ-статусе в основном из-за опасений последствий, 23% не считают нужным делать это, остальные не ответили на этот вопрос.

Рис. 19. Причины, препятствующие сообщению ВИЧ-статуса постоянному половому партнеру.



На вопрос, что же поможет им сообщить о своем ВИЧ-статусе супругу/сожителю, в 38% случаев затруднялись ответить на этот вопрос, в 19% сказали, что не готовы сообщать об этом или не собираются сообщать, остальные перечислили помощь врача (23%), помощь психолога (15%) и «равного» консультанта (15%), 8% не ответили на данный вопрос.

143 респондента (84,6%) знают статус своего законного супруга/сожителя, т.е. 15,4% не осведомлены о статусе своего партнера.

Из 143 ЛЖВ у 54-х партнеры имеют ВИЧ-положительный статус (37,8%), у 86 партнеров статус отрицательный (60,1%), у двоих статус неизвестен (1,4%).

Из 86 ВИЧ-отрицательных супругов/сожителей 78 человек проходили обследование на ВИЧ (90,7%), т.е. 5% супругов/сожителей остаются необследованными, у 4,6% неизвестен статус обследования.

С момента последнего обследования на ВИЧ супруга/сожителя на 1 ноября 2017 года в среднем прошло 10,7 месяцев, медиана 5 месяцев, минимально 1 месяц, максимально 3,9 года.

Из 169 ЛУИН/ЛЖВ, у которых есть супруг/сожитель, у 11,8% партнеры употребляли инъекционные наркотики.

Причины отказа от начала АРВ-терапии

Из 20 ЛУИН/ЛЖВ, которые ответили о том, что не принимают АРВ-лечение, 14 респондентам была рекомендована АРВ-терапия и они отказались от лечения в основном из-за хорошего самочувствия (7 чел.), не желают быть «экспериментальным кроликом» (3), остальные сомневались в эффективности лечения (2), опасались побочных эффектов (2), опасались, что лекарства могут закончиться и боялись последствий этого (2), безразличие к своему здоровью (1), сомнение в способности правильно принимать АРВ-препараты (1), кому-то стало плохо (1), один ЛЖВ готовился к началу АРВ-лечения.

На вопрос о том, что может помочь им начать АРВ-лечение респонденты перечислили следующее:

- Информация о пользе терапии – 3;
- Наличие работы – 4;
- Положительное отношение и поддержка других – 2;
- Наличие жилья – 1;

- Положительное внутреннее отношение к терапии – 2;
- Стабильное психо-эмоциональное состояние – 3;
- Желание жить – 4;
- Наличие психологической помощи – 1;

8.3. Результаты опроса среди медицинских работников (врачи, патронажные медицинские сестры)

С медицинскими работниками, выполняющими широкий спектр функций и обязанностей в системе лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, были проведены беседы для сбора более подробной информации о рабочих процессах предоставления услуг ЛЖВ, обучение по вопросам ВИЧ (включая вопросы стигмы и дискриминации, приверженности к лечению), мониторинге, услугах социальной поддержки, направлении в другие службы и о существующих трудностях. Было опрошено 15 врачей, оказывающих услуги по диспансерному учету, лечению и наблюдению за ЛЖВ, а также 6 патронажных медицинских сестер, доступных на момент сбора данных.

Согласно клиническому протоколу от 16.10.17 года в функциональные обязанности врача инфекциониста, ответственного по ВИЧ входит:

1. Проведение послетестового консультирования при выявлении случая ВИЧ-инфекции с осуществлением диспансерного наблюдения.
2. Оказание лечебно-профилактической помощи.
3. ЛЖВ (клинико-лабораторный мониторинг ЛЖВ), с координацией работы специалистов ПМСП (семейные врачи, фельдшеры ФАПов, ЦОВП/ЦСМ).
4. Проведение поддерживающего консультирования ЛЖВ за формированием приверженности диспансерному наблюдению и контроль за плановым посещением ЛЖВ- ОЗ.
5. Проведение консультирования ЛЖВ по вопросам ЗОЖ.
6. Координация работы специалистов ПМСП (семейные врачи, фельдшеры ФАПов ЦОВП/ЦСМ) по предоставлению ЛЖВ антиретровирусной терапии (подготовка, назначение, выдача, оценка приверженности лечению, мониторинг ее эффективности, своевременное выявление и купирование побочных эффектов), участие в консилиумах.
7. Содействие в госпитализации ЛЖВ при необходимости.
8. Качественное ведение медицинской документации, заполнение её и хранение с соблюдением принципов конфиденциальности.
9. Обеспечение взаимодействия со специалистами ОЗ различных профилей (дерматовенерология, наркология, фтизиатрия и др.) для решения медицинских вопросов, а также с органами социального развития для оказания социальной помощи ЛЖВ и детям, родившихся от матерей с ВИЧ и НПО.
10. Проведение паллиативной помощи нуждающимся ЛЖВ.
11. Ведение базы данных путем сбора, заполнения клинических данных из амбулаторной карты больного в карты здоровья и ввод в систему ЭС согласно стандартам системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции по региону и составление и сдача отчетов по вопросам ВИЧ в соответствии утвержденных форм.
12. Мониторинг и оценка индикаторов по лечебно-профилактической работе на регулярной основе.
13. Внедрение в работу новых методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
14. Предоставление информации по вопросам ВИЧ-инфекции общему и отдельным группам населения.

Кроме того, согласно новому клиническому протоколу взрослым и подросткам, живущим с ВИЧ, следует проводить клинический скрининг на наличие симптомов ТБ при каждом посещении ОЗ.

Обследование на активный туберкулез проводится при наличии следующих четырех симптомов:

- кашель в настоящее время;
- повышенная температура тела;
- потеря веса;
- ночная потливость.

Все ЛЖВ, при подозрении на туберкулез, должны обследоваться в соответствии с диагностическим алгоритмом, с целью подтверждения или исключения туберкулеза.

В рамках опроса медработники назвали свои функциональные обязанности: Направление на тестирование на СД4 и определение вирусной нагрузки; определение стадии ВИЧ инфекции; проведение дискуссий по профилактике ВИЧ с ЛЖВ в дискордантных парах; диспансерный осмотр ЛЖВ; скрининг на ТБ симптомы; контроль приема АРТ; скрининг, диагностику и лечение ИППП; мини сессии для ЛЖВ до тестовое и после тестовое консультирование, перенаправление к другим специалистам, постановка диагноза ВИЧ инфекция.

В рамках своих функциональных обязанностей патронажные медсестры оказывают уход и поддержку пациентам ЛЖВ, что включает: консультирование ЛЖВ по вопросам лечения, оценка нужд и потребностей пациентов в связи с получением лечения, контроль соблюдения режима лечения и оценка приверженности к АРВ терапии. Кроме этого большинство опрошенных патронажных сестер отметили то, что на дому проводится обучение пациента правильному выполнению лекарственных назначений, общий уход за пациентом и выполнение врачебных назначений. Среди прочих ответов отмечен паллиативный уход и выполнение различных медицинских процедур (замер АД, инъекции).

Диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне до начала АРТ согласно клиническому протоколу по ВИЧ-инфекции

ОАК (гемоглобин, подсчет тромбоцитов и эритроцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ);
ОАМ;
биохимические показатели функции печени (АлАТ, АсАТ, билирубин);
холестерин, ЛПВП, ЛПНП;
ИФА на гепатит С (anti-HCV) и гепатит В (HBsAg);
ИФА на сифилис (по показаниям);
тест на беременность (у женщин репродуктивного возраста);
сывороточный креатинин и расчетная скорость клубочковой фильтрации (pСКФ);
рентгенография органов грудной клетки (по показаниям);
ЭКГ (по показаниям);
УЗИ органов брюшной полости (по показаниям);
GeneXpert (согласно алгоритма диагностики ТБ), микроскопия мазка мокроты.

Из анализов, которые необходимо сдать перед назначением АРВ терапии подавляющим большинством врачей, наблюдающими за ЛЖВ, были названы: анализы на вирусную нагрузку, СД4, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи и флюорография. Кроме было отмечено, что при необходимости назначается УЗИ внутренних органов, печеночные тесты, ЭКГ. Не были отмечены врачами вообще такие анализы, как уровень холестерина, ИФА на гепатиты, тест на беременность (у женщин репродуктивного возраста), сывороточный креатинин.

Получить консультацию специалиста необходимо, если есть клинические показания. В обязательном порядке консультации специалистов не назначаются.

Показания для консультации специалистов согласно КП

Специалист ОЦПБС или РЦ СПИД: признаки/подозрение на неэффективность АРТ, смена схемы АРТ;

Инфекционист: признаки/подозрение на оппортунистические инфекции, вирусный гепатит;

Фтизиатр: признаки/подозрение на туберкулез, МАК-комплекс;

Невропатолог: признаки/подозрение на криптококковый менингит, ВИЧ-энцефалопатию, токсоплазмоз ЦНС, ПМЛ, лимфомы головного мозга, периферической полинейропатии;

Психиатр: признаки/подозрение на психическое расстройство, депрессию, ВИЧ-энцефалопатию/деменцию;

Психотерапевт (психолог): при психологических проблемах;

Офтальмолог: признаки/подозрение на ретинит (исследование глазного дна, особенно при низком числе лимфоцитов $CD4 < 100$ клеток/мкл);

Кардиолог: признаки/подозрение на кардиомиопатию;

Онколог: признаки/подозрение на злокачественное новообразование;

Гинеколог: признаки/подозрение на рак шейки матки;

Другие специалисты – по показаниям.

По результатам опроса около трети опрошенных отметили, что необходимо перед назначением АРТ получить консультацию фтизиатра и психолога. К остальным специалистам, таким как невропатолог, нарколог, кардиолог, психиатр, гинеколог и т.д, ЛЖВ для получения консультации направляются при необходимости, т.е. наличии жалоб или клинических показаний.

Сложности и препятствия к получению АРТ

Основными препятствиями для получения АРВ-терапии были названы, отсутствие готовности к лечению самих ЛЖВ и активное употребление наркотиков. Остальными причинами, препятствующими назначению АРВ-терапии, незначительным числом опрошенных перечислены: отсутствие гражданства и регистрации, судебные разбирательства против пациентов были названы, потому как это мало влияет на принятие решения врача о начале АРВ-терапии. Среди прочих причин, проблемы с назначением АРВ-терапии возникают по причине дискриминации со стороны ближнего окружения или невозможности принимать препараты в виду неосведомленности родственников о статусе пациента.

Проблем при назначении и/или выдаче АРВ-препаратов в текущем году, такие как недостаточные поставки препаратов, недоступность одного или более препаратов по причине сбоев поставок, проблем внутри цепочек поставок, подорожания препаратов в текущем году, по мнению всех опрошенных специалистов, не возникало.

Случаи, при которых меняется/корректируется схема лечения

Согласно ответам медицинских специалистов коррекция либо изменение схемы лечения в большинстве случаев происходит при отсутствии эффекта от предыдущей схемы лечения, либо при возникновении тяжелых побочных эффектов, а также непереносимость препарата пациентом. На отсутствие нужных препаратов указали лишь чуть больше трети опрошенных, видимо это связано с тем, что таких проблем за последнее время, когда закуп препаратов проводится за счет средств Глобального фонда, не возникало. Кроме этого было отмечено, что в каждой ситуации требуется индивидуальный подход, а также необходимо корректировать схему, если вирусная нагрузка остается высокой после начала приема АРВ препаратов на протяжении 1 года.

Назначение АРВ-терапии ЛУИН/ЛЖВ, ЛУИН/ЛЖВ на ОЗТ и/или противотуберкулезном лечении

Самым ключевым моментом является оценка готовности ВИЧ-положительных пациентов начать и продолжать АРТ. От осознания проблемы до начала приема АРТ пациент проходит путь, состоящий из 5 стадий. Понимание стадии готовности пациента определяет врач, используя специальные методы.

Во время оценки готовности пациента респонденты говорят о необходимости учитывать следующие факторы:

- длительность приема препаратов;
- возможность соблюдать режим лечения (дозировка, кратность приема, время приема);
- доза героина, если пациент употребляет наркотики;
- наличие депрессии у пациента, распространенность которой среди ВИЧ-положительных лиц гораздо выше среди ЛЖВ (20-40%), чем среди общего населения (7%). Наличие депрессии существенно снижает дееспособность пациента и ослабляет действенность лечения. Скрининг депрессии должен проводиться каждые 1-2 года;
- участие в программе ОЗТ, которая должна, по мнению специалистов, может влиять на повышение приверженности лечению;
- доза метадона у участника программы ОЗТ;
- наличие аффективных расстройств;
- стадия ремиссии ЛУИН;
- длительность ремиссии;
- условия проживания.

Согласно КП от 2017 года все ЛЖВ с диагностированным туберкулезом нуждаются в лечении ТБ и ВИЧ-инфекции, независимо от числа лимфоцитов CD4. Как правило, лечение ТБ у ЛЖВ следует считать приоритетной мерой и начинать его как можно раньше после постановки диагноза ТБ, не дожидаясь результатов определения лекарственной устойчивости возбудителей. Лечение туберкулеза быстро снижает смертность, связанную с туберкулезом, и останавливает передачу ТБ.

9 из 15 респондентов отметили, что пациенты отказывались от АРВ-терапии. Причинами отказа от терапии в большинстве случаев были отмечены употребление алкоголя и наркотиков, отрицание диагноза «ВИЧ-инфекция», развитие побочных эффектов, а также депрессия и возраст пациента (чаще отказываются пациенты в возрасте).

Факторы, влияющие на приверженность

Факторы, потенциально влияющие на приверженность пациента АРВ-терапии и диспансерное наблюдение, группируют по природе их возникновения на социально-экономические/социодемографические, организационные, психологические/индивидуальные, медицинские и др.

Так, из всех перечисленных факторов в рамках проведенного опроса, были названы уровень толерантности ближайшего окружения и врачей к ЛЖВ; обустроенность быта и наличие места жительства; и, наконец, доступность лекарственных средств, достоверной информации о ВИЧ-инфекции и общественная поддержка. Кроме этого, немаловажным фактором, влияющим на приверженность, отмечено семейное положение ЛЖВ.

Респондентами отмечается, что важным моментом в поддержке приверженности к АРТ является скоординированная работа медицинских и немедицинских служб. А также подавляющее большинство опрошенных отметили преимущество в предоставлении услуг и уровень их качества.

Из индивидуальных, психологических факторов, влияющих на приверженность все опрошенные, отметили употребление наркотиков или алкоголя, а также подавляющим большинством отмечены такие факторы, как самочувствие/состояние пациента, наличие дополнительных домашних обязательств у пациента (наличие маленьких детей, ночная работа и т.д.), тяжесть побочных эффектов, психологическое состояние пациента, осознанность необходимости терапии, мотивация и самооценка пациента.

Среди медицинских факторов, влияющих на приверженность к терапии, подавляющим большинством опрошенных отмечено наличие оппортунистических инфекций, правильность выбора схемы лечения, гепатотоксичность препаратов.

Услуги сектора НПО

Медицинские специалисты перечислили следующий спектр услуг, которые предоставляются НПО: группы взаимопомощи, консультации «равный-равному», мотивационные выплаты приверженным, мотивационные пакеты приверженным и услуги психолога. Среди прочих услуг были названы информационные сессии и в целом информирование, социальное сопровождение ЛЖВ в другие сервисные организации.

Лечение наркозависимости

Больше половины опрошенных отметили, что предоставляется лечение наркозависимости, около четверти указали на то, что лечение не проводится и некоторые затруднились ответить на вопрос. В числе услуг по лечению наркозависимости ЛУИН/ЛЖВ до начала АРТ большинство опрошенных перечислили поддерживающую терапию метадоном, консультации равный-равному, группы само и взаимопомощи.

О детокс-терапии метадоном знали лишь треть опрошенных, о реабилитации меньше четверти и столько же отметили детокс-терапию классическую (медикаментозное снятие абстинентного синдрома). Услуга реабилитации от наркозависимости на данный момент практически не доступна в стране, в том объеме, который понимается под этой услугой, т.к. это высокочрезвычайно затратная услуга и международные доноры не финансируют этот вид деятельности.

О том, что проводится профилактика рецидивов наркотической зависимости при назначении АРВ-препаратов активным ЛУИН/ЛЖВ отметили лишь единицы опрошенных. Препараты, которыми проводится профилактика рецидивов, не были названы опрошенными специалистами.

Пациенты с сочетанной инфекцией ВГС

Решение о начале лечения гепатита С у ЛЖВ является более сложным, чем у пациентов с моноинфекцией ВГС, поскольку частота ответа на лечение ниже, риск возможных токсических эффектов выше, лечение осложняется высокой лекарственной нагрузкой, перекрестной токсичностью и взаимодействием препаратов, применяемых для лечения гепатита С и ВИЧ.

Подавляющее большинство опрошенных отмечают высокую распространенность ВГС среди ЛУИН/ЛЖВ. Лишь треть опрошенных специалистов параллельно с АРТ проводят лечение ВГС. По мнению респондентов, основные клинические показатели, которые должны учитываться врачом при назначении лечения от гепатита С пациентам ЛЖВ, это наличие цирроза печени и показатели вирусной нагрузки. Отдельные респонденты при назначении лечения ВГС учитывают финансовые возможности пациента (в стране до последнего времени не было бесплатного лечения ВГС и только с 2018 года данная услуга будет предоставляться для ЛЖВ бесплатно), гепатотоксичность препаратов, показатели печеночных тестов и рекомендации гепатолога.

Оценка приверженности.

Подавляющее большинство опрошенных указали на то, что подсчет приверженности проводится методом подсчета отношения количества назначенных таблеток к количеству принятых и единицы отметили опрос по вопроснику Мориски-Грина.

В целях формирования и поддержки приверженности у пациентов патронажные медсестры ежедневно обзванивают пациентов для напоминания о приеме препаратов, а также информирования о важности соблюдения режима приема АРВ-препаратов (время, дозировка, кратность). Также патронажными медсестрами отмечается положительный эффект успешных случаев лечения у других ЛЖВ, которые мотивируют пациентов на принятие решения о начале терапии и поддержании приверженности. Практически все опрошенные отметили, что занимаются в основном выдачей АРТ препаратов, и единицы отметили, что еще выдают противотуберкулезные и другие препараты для профилактики туберкулеза и других оппортунистических инфекций.

Половина опрошенных патронажных медицинских сестер отметили, что выдают АРВ препараты один раз в месяц. Больше половины пациентов сами приходят за препаратами, остальным ЛЖВ лекарства доставляются на дом. В случае неявки ЛЖВ за препаратами в установленный день, патронажные медсестры обзванивают таких пациентов либо доставляют препараты на дом, и ставят в известность лечащего врача. Некоторыми медсестрами практикуется заблаговременный обзвон пациентов (за два дня) для напоминания о необходимости явиться за АРВ-препаратами.

Половина опрошенных медсестер еженедельно проводят опрос о соблюдении режима приема АРВ-препаратов.

Все патронажные медицинские сестры ежемесячно проводят скрининг на туберкулез (задают стандартный набор вопросов о снижении веса, температуру, слабость и кашель) и (1 медсестра затруднилась ответить на вопрос о частоте проведения ТБ скрининга).

9. Выводы и предположения.

9.1. Подключение ЛУИН/ЛЖВ к антиретровирусной терапии

Как известно, своевременная постановка на Д-учет и раннее начало АРВ-терапии влияет на эффективность лечения ВИЧ в целом. При изучении в системе ЭС периода времени, который проходит с момента подтверждения диагноза ВИЧ-инфекция до момента постановки на Д-учет впервые; установления показаний для АРТ и начала АРТ впервые в жизни, выявлено, что в группе ЛУИН/ЛЖВ может пройти 1,5 года как до момента установления показаний к АРТ, так и до начала АРТ впервые в жизни, что значительно превышает показатели в группе ЛЖВ-не-ЛУИН и указывает на наличие проблем со своевременной постановкой на Д-учет, а также с началом АРВ-терапии среди ЛУИН/ЛЖВ. Кроме этого, необходимо отметить, что более половины обратившихся за лечением находились на 3 и 4 стадии ВИЧ, что также может свидетельствовать о позднем обращении за лечением. В ходе опросов определено, что проблемы со своевременной постановкой на Д-учет могут быть обусловлены особенностями поведения ЛУИН, связанного с потреблением ПАВ, некачественным послетестовым консультированием и низкой информированностью о рисках при откладывании АРВ-лечения.

Кроме этого, важное значение в подключении выявленных ЛЖВ к диспансеризации, придается проведению эпидемиологического расследования, во время которого выявляется наличие факторов риска передачи ВИЧ-инфекции, осуществляется послетестовое консультирование с обязательным направлением ЛЖВ к соответствующему специалисту для дальнейшей его

диспансеризации. Результаты опроса показали наличие проблем как с недостаточным охватом выявленных случаев ВИЧ-инфекции эпидемиологическим исследованием, так и их качеством.

Сами респонденты определили такие ключевые причины, повлиявшие на начало АРВ-терапии как: ухудшение состояния здоровья, получение консультации врача, страх за свою жизнь, страх заразить окружающих и своего полового партнера, а также консультация сотрудника НПО.

9.2. Приверженность к антиретровирусной терапии

Официально оцениваемая приверженность к АРВ-терапии по данным системы ЭС за случаями ВИЧ-инфекции на национальном уровне составляет 83.7% и лежит в пределах от 70.5% в Чуйской области и до 100% в Иссык-Кульской области, что значительно отличается от результатов оценки уровня приверженности в пяти исследуемых сайтах Чуйской области и г.Ош, которая рассчитывалась путем сложения выданных таблеток и сравнения с количеством дней на АРВТ по следующей формуле:

$$\text{Расчет пропусков} = \frac{\text{количество дней приема} - \text{количество выданных таблеток}}{\text{количество дней приема}/30}$$

Таким образом, **приверженность 95% и выше была определена у 22% пациентов**, в диапазоне от 12% до 30% в разбивке по населенным пунктам.

В то же время, изучение динамики изменения уровня ВН и СД-4 в системе ЭС за случаями ВИЧ-инфекции среди приверженных и не-приверженных АРВ-лечению ЛУИН/ЛЖВ не показало значимой разницы в этих группах, что может косвенно указывать на то, что даже своевременно получая АРВ-препараты, так называемые приверженные лечению пациенты, не принимают их.

Если по результатам расчета доля пациентов с низкой приверженностью получился 78%, то во время опроса лишь 25,2% респондентов сообщили о самостоятельном прекращении приема препаратов на длительный срок. По результатам анализа данных системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, всего прерывали АРТ 18% пациентов, причем, ЛУИН/ЛЖВ чаще в 1,5 раза останавливают лечение (22%), в сравнении с группой ЛЖВ-не-ЛУИН (15%).

При этом анализ причин прерывания лечения по данным опроса, а также информации из системы ЭС за случаями ВИЧ-инфекции в КР дал возможность условно разделить их на следующие группы:

1. Причины, обусловленные работой специалистов.
2. Самочувствие пациентов.
3. Социальные факторы.
4. Поведенческие факторы.

Группа причин низкой приверженности, обусловленных работой специалистов.

- 1) Недостаточное консультирование и информирование со стороны медицинских специалистов, неосведомленность пациентов об опасности прерывания приема препаратов.
- 2) Отсутствие препаратов во время поездок, по самым разным причинам (забыл, потерял, не хватило) оказалось наиболее распространенной причиной самостоятельного прерывания приема АРВ-препаратов (36%). При изучении возможных причин отсутствия препаратов 50,5% пациентов сообщили о том, что никто другой не может получить за них АРВ-препараты в случае необходимости. Также 67,4% пациентов сообщили о том, что не могут получить АРВ-препараты в других учреждениях его города или области и 11,9% не смогли ответить на данный вопрос.
- 3) Неудобное время приема специалистов, очереди на прием к врачу являются серьезным

барьером к получению помощи, особенно для пациентов из числа наркопотребителей. Так, во время визитов к врачу диспансерного отдела центров СПИД или инфекционисту в ЦСМ бывают очереди, в которых 32% ожидает от 15 до 30 минут и 8% ожидает своей очереди более получаса. 26% не знают о том, что в рамках одного посещения могли бы попасть еще и к другим специалистам. 13% (42) пациентов сообщили о том, что испытывали сложности при обращении к другим специалистам в связи с ВИЧ статусом (ЦСМ, стационары и т.д.) среди которых прозвучали: грубое отношение, раскрытие статуса, отказ в предоставлении услуг.

4) Для формирования и поддержки приверженности в медицинских учреждениях, где осуществляется диспансеризация ЛЖВ, была организована работа патронажных медсестер, но, к сожалению, группа ЛУИН/ЛЖВ крайне слабо охвачена данной услугой (9,3%), которая предоставляется только после письменного согласия пациента. Возможно, низкий охват услугами патронажных медсестер обусловлен отсутствием доступа к данной группе, отсутствием опыта работы эпидемиологов и медицинского персонала Центров СПИД/ЦСМ с ЛУИН, а также особенностями поведения ЛУИН.

5) Общественная поддержка (наличие СПИД-сервисных организаций, предоставляющих комплексную помощь ЛЖВ, создает более благоприятные условия для индивидуальной клиент-центрированной работы и мотивации на лечение). По результатам анализа в логистической регрессии шанс иметь низкую приверженность (<95%) оказался выше среди пациентов тех ЛУИН, которые указали на отсутствие равного консультанта в учреждении, где они состоят на диспансерном учете (OR=1,9, 95% CI 0,94-4,0). Также, важно отметить, что по ответам респондентов при возникновении проблем поддержку они получают в основном со стороны близких людей, сотрудников НПО (включая равных консультантов), друзей, психолога и групп само- и взаимопомощи.

6) В числе факторов, влияющих на приверженность, медицинские специалисты и сотрудники НПО отметили необходимость скоординированной работы медицинских специалистов, толерантного отношения к пациентам в государственных учреждениях и качество предоставляемых услуг. Также специалисты понимают, что необходимо обеспечить доступность и удобство работы служб (место расположения, время работы, наличие очередей и т.д.) для ЛЖВ.

7) При этом, необходимо отметить, что законодательство республики по вопросам обеспечения доступности лечения, в целом, является благоприятным для своевременной терапии, закон «О ВИЧ/СПИДе» и программа государственных гарантий предоставляют гарантии по бесплатной АРТ и лечению оппортунистических инфекций, своевременно обновляются клинические протокола, необходимые препараты включаются в перечень жизненно-важных лекарственных средств. В то же время, учитывая значимость социальных факторов в формировании приверженности к лечению ВИЧ, таких как трудоустроенность, наличие постоянного места проживания, законодательство в данном контексте требует улучшения.

Самочувствие пациентов

1) В рамках исследования среди пациентов, самостоятельно прерывавших АРВ-лечение (25%), из них 29% сообщили, что в анамнезе прерывали лечение по причине возникновения побочных эффектов. В настоящее время на фоне приема АРВ-препаратов 22,3% сообщили о наличии у них побочных эффектов, наиболее распространенными среди которых являются тошнота, нарушение координации и нарушение сна.

2) Проблемы с психическим здоровьем, серьезные проблемы и кризисы, депрессивные состояния влияют на приверженность. Высокий уровень тревожности, как показывают данные

исследований, напрямую коррелирует с уровнем не-приверженности АРВТ. Усталость от длительного приема препаратов, от необходимости постоянного самоконтроля приводит к отказу или срывам режима приема препаратов. Анализ данных показал, что депрессия; серьезные проблемы и кризисы; тревожность; усталость; не связанная с тяжелой работой; чувство вины; чувство страха гораздо чаще распространены среди тех, кто принимают АРВ-лечение. Хотя бы одно из этих проявлений наблюдается среди 60% пациентов на АРВ-терапии.

Социальные факторы

1) Обустроенность быта, наличие места жительства и пребывания способствуют формированию поведения, приводящему к регулярному приему препаратов. И напротив, наличие проблем с жильем, когда ЛЖВ вынуждены делить его с другими людьми или часто находятся в разных местах, может отрицательно влиять на наличие запаса медикаментов и регулярность их приема. По результатам анализа в логистической регрессии шанс иметь низкую приверженность (< 95%) оказался выше среди пациентов, проживающих у родственников или снимающих жилье (OR= 2,4, 95% CI 1,1-5,5). Вероятно, сокрытие ВИЧ-статуса от окружающих стало причиной низкой приверженности.

2) Также среди респондентов от 20% до 41% проживают на расстоянии более 15 км от медицинского учреждения, где они получают АРВ-лечение.

3) Среди ЛУИН/ЛЖВ младше 40 лет, статистически значимо больше не-приверженных к терапии. Отсутствие оппортунистических инфекций также имели связь с низкой приверженностью. Вероятно, эти два фактора взаимосвязаны, ведь именно среди лиц младше 40 лет 26,5% констатировали отсутствие оппортунистических инфекции, в то время как среди лиц старше 40 лет 18% не имели оппортунистических инфекций. Также среди ЛЖВ в 1-2 клинической стадии значимо больше не-приверженных к терапии. Возможно, легкость течения ВИЧ-инфекции и отсутствие жалоб на симптомы вторичных инфекций стало причиной нерегулярных посещений к врачу.

Поведенческие факторы

1) Приверженность лечению может усложняться для людей, которые ведут нестабильный образ жизни вследствие употребления ПАВ, так как под влиянием наркотиков и алкоголя, повышается вероятность пропуска дозы. По ответам респондентов проблемы с употреблением алкоголя имеют больше половины респондентов (60%). При этом, в ходе анализа причин остановки лечения по ответам респондентов на втором месте по распространенности было употребление ПАВ (алкоголь, либо наркотические средства).

2) Одной из распространенных причины прерывания приема АРВ-препаратов выступает так называемое решение пациента (17%), которую респонденты указали без разъяснения причин такого решения, что может свидетельствовать об отсутствии ответственности за свое здоровье и говорит о низкой приверженности лечению.

3) Отсутствие в анамнезе нахождения в местах лишения свободы (МЛС) по значению P-value имеет связь с низкой приверженностью, вероятно в МЛС строже контролируется лечение ВИЧ-инфицированных.

9.3. Половые партнеры ЛУИН/ЛЖВ

При разработке рекомендаций по профилактике полового пути передачи ВИЧ-инфекции необходимо знать ситуацию о половом поведении ЛУИН/ЛЖВ. По результатам анализа собранных

данных у 49% ЛУИН/ЛЖВ отмечается наличие постоянных половых партнеров и половые связи с непостоянными половыми партнерами у 20% ЛУИН/ЛЖВ.

Большинство ЛУИН/ЛЖВ (85%) осведомлены о ВИЧ-статусе своего постоянного партнера, 38% из которых являются ВИЧ-позитивными. С обоими видами половых партнеров ЛУИН/ЛЖВ практикуют опасное половое поведение (не используют презерватив 49% ЛУИН/ЛЖВ с постоянными половыми партнерами и 17% с непостоянными половыми партнерами). Остается некоторая часть ЛУИН/ЛЖВ, которые не сообщили о своем статусе постоянному половому партнеру (15%).

Большинство ЛУИН/ЛЖВ (84,6%) осведомлены о статусе своего законного супруга/сожителя, из которых 37,8% инфицированы ВИЧ. Из 86 ВИЧ-отрицательных супругов/сожителей подавляющее большинство проходят обследование на ВИЧ (90,7%), при этом 5% супругов/сожителей остаются необследованными. Из 169 ЛУИН/ЛЖВ, у которых есть супруг/сожитель, у 11,8% партнеры употребляли инъекционные наркотики.

С момента последнего обследования на ВИЧ супруга/сожителя на 1 ноября 2017 года в среднем прошло 10,7 месяцев, медиана 5 месяцев, минимально 1 месяц, максимально 3,9 лет.

10. Рекомендации

Учитывая вышеуказанные выводы, в первую очередь, на национальном уровне должны быть разработаны меры по улучшению приверженности к лечению ВИЧ, которые должны включать:

1. Повышение потенциала медицинских специалистов, ведущих и контактирующих с ЛЖВ, по проведению послетестового консультирования, регламенту предоставления АРВ-препаратов, других видов медицинской и социальной помощи для ЛЖВ;
2. Внедрение индикаторов, позволяющих осуществлять оценку качества послетестового консультирования со стороны медицинских специалистов;
3. Разработка и утверждение алгоритма оценки готовности ЛУИН/ЛЖВ к подключению к АРВ-лечению.
4. Разработка и утверждение алгоритма поддержания приверженности к АРВ-лечению в первые недели лечения.
5. Изменение существующего алгоритма оценки приверженности ЛЖВ АРВ-лечению (методы подсчета + изменение уровня ВН) с целью повышения достоверности оценки.
6. Проведение систематического мониторинга приверженности АРВ-лечению согласно разработанному алгоритму.
7. Проведение хронометража рабочей нагрузки на медицинских специалистов, осуществляющих консультирование ЛЖВ для последующего определения адекватной рабочей нагрузки на медицинских специалистов, которая позволит проводить качественное консультирование. В случае необходимости рассмотреть вопрос о выделении отдельных штатных единиц врачей-инфекционистов в организациях первичного уровня для работы с социально-значимыми инфекциями;
8. Внедрение системы поощрения врачей за поддержание высокой приверженности АРВ-лечению (через ФОМС).
9. Обеспечение контроля над своевременным обеспечением лекарствами для лечения оппортунистических инфекций, включение препаратов от побочных эффектов в обязательный гарантированный пакет.

10. Внедрение инструментов мониторинга достоверности и качества проведения эпидрасследования при выявлении случая ВИЧ-инфекции, включая мониторинга качества проведения дотестового консультирования, эпидемиологами ОГЦ СПИД/ЦПЗ и ГСЭН.

11. Усиление интеграции медицинских служб на местах с неправительственными организациями, оказывающих поддержку ЛЖВ. Расширение вовлечения равных консультантов в оказание услуг консультирования и сопровождения для ЛЖВ, в том числе, с использованием механизмов государственного социального заказа.
12. Частичное делегирование функций патронажного ухода за ЛЖВ сотрудникам неправительственных организаций, имеющих расширенный доступ в группы ЛЖВ/ЛУИН.
13. Усиление программ социального сопровождения ЛЖВ силами неправительственных организаций, особенно в регионах с высокой концентрацией ЛЖВ.
14. Для повышения приверженности к терапии, необходимо ввести рекомендуемые методы (ВОЗ): взаимное консультирование среди ЛЖВ, напоминания в виде сообщений, календарей и т.д., тренинги.
15. Привлечение специалистов - психологов к работе по лечению ЛЖВ и усиление консультативной работы по приему АРВТ среди ЛЖВ, употребляющих психоактивные вещества.
16. Включение в программы социального сопровождения ЛЖВ половых партнеров ЛЖВ/ЛУИН. (выявление, анонимное оповещение, консультирование, тестирование, подключение к АРВ-лечению, работа по приверженности).
17. Расширение мероприятий по изменению полового поведения ВИЧ-позитивных ЛУИН при консультировании в медицинских учреждениях и в услугах НПО.
18. Программа ОЗТ на данный момент не привлекательна для ЛУИН, нет образовательных мероприятий, транспортных расходов для участников программы, низкий потенциал сотрудников программы. Необходим комплексный подход, развитие единого окна выдачи метадона, АРВ-препаратов.
19. Активизация мероприятий по снижению уровня стигмы и дискриминации, повышение эффективности информационно-образовательной деятельности среди медицинских работников, общего населения.
20. Оказание содействия в решении социальных вопросов (проживание, питание) для ЛУИН/ЛЖВ, ЛУИН/ЛЖВ на ОЗТ.

