



МІЗ
УКЦ



В.В. Беляева

**ПОВЫШЕНИЕ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ
К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ
ТЕРАПИИ
И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТИ**

В.В. Беляева

**ПОВЫШЕНИЕ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ
К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ
ТЕРАПИИ
И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТИ**

**Москва
2009**

© УКЦ ОИЗ, 2009

Автор:

Беляева Валентина Владимировна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.



Данный документ разработан и издан по заказу Учебно-Консультационного Центра Открытого Института Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС.

Беляева В.В., д.м.н. Повышение приверженности к антиретровирусной терапии и предупреждение лекарственной устойчивости. – М., 2009. – 52 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
1. Консультирование как современный метод оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции	8
1.1. Принцип информированного согласия.....	10
1.2. Стигма и дискриминация при ВИЧ-инфекции	12
1.3. Консультирование по вопросам приверженности терапии	13
2. Организация работы по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии	18
2.1. Роль врача-нарколога в формировании приверженности лечению.....	20
2.2. Роль психолога в формировании приверженности лечению.....	21
2.3. Роль специалиста по социальной работе в формировании приверженности лечению	22
2.4. Роль медицинской сестры в формировании приверженности лечению.....	25
2.5. Роль равного консультанта в формировании приверженности лечению.....	26
2.6. Роль окружения пациента в формировании приверженности лечению.....	28
2.7. Роль НГО в оказании помощи при ВИЧ-инфекции.....	28
2.8. Этапы формирования приверженности.....	30
2.9. Приемы повышения приверженности лечению	31
2.10. Осуществление контроля приверженности.....	31
3. Организация работы междисциплинарной команды	33

4. Анализ данных для предупреждения лекарственной устойчивости в процессе антиретровирусной терапии.....	37
Заключение.....	39
Список литературы.....	40
Приложения	41
1. Объем диспансерного наблюдения на различных стадиях ВИЧ-инфекции.....	41
2. Порядок проведения лабораторных исследований при диспансерном наблюдении больных ВИЧ-инфекцией	44
3. Порядок проведения лабораторных исследований при проведении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).....	45
4. Образец информированного согласия при оказании медицинской помощи	46
5. Образец подтверждения информирования при оказании медицинской помощи.....	47
6. Форма информированного согласия на проведение антиретровирусной терапии.....	48
7. Упрощенный вопросник для оценки точности соблюдения режима приема препаратов.....	50

ВВЕДЕНИЕ

Данные рекомендации по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии посвящены описанию комплексного подхода к оказанию помощи при этом заболевании, т.к. обеспечение приверженности лечению ВИЧ-инфекции представляет собой сложную задачу, которая не может быть решена усилиями только лишь лечащих врачей-инфекционистов.

Успех лечения ВИЧ-инфекции определяется не только клиническими и лабораторными показателями в тщательно отобранных группах пациентов, но и способностью существующей системы оказания медицинской помощи обеспечить лечение ВИЧ-инфекции всем нуждающимся. На решение о проведении антиретровирусной терапии (АРВТ) не должны влиять ни политические, ни социальные факторы. Лечение необходимо предоставлять всем пациентам, нуждающимся в нем по медицинским показаниям и выразившим желание лечиться, в том числе потребителям инъекционных наркотиков, людям, оказывающим сексуальные услуги за плату, другим группам населения.

Большое количество психосоциальных проблем пациентов, наличие зависимости от наркотиков ограничивают их доступ к получению специализированной медицинской помощи и снижают возможности поддержания приверженности лечению. В этой связи особое внимание организаторов здравоохранения должны привлекать люди, имеющие опыт рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ, принадлежащие к так называемым уязвимым группам населения.

К уязвимым группам относятся люди, которые в силу социально-экономических или поведенческих причин в большей степени подвержены риску заражения ВИЧ. У представителей этих групп существует большое количество проблем, которые служат препятствием для проведения профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения и лечения.

К уязвимым группам населения применительно к проблемам, связанным с ВИЧ-инфекцией, традиционно относятся:

- лица, имеющие опыт внутривенного употребления наркотиков;
- лица, оказывающие сексуальные услуги за плату;
- мужчины, имеющие секс с мужчинами;
- лица, находящиеся в заключении;
- мигранты.

В отдельных странах и сообществах, а иногда и на отдельных территориях более уязвимыми к ВИЧ контингентами могут быть женщины, молодежь,

дети, национальные меньшинства и другие группы населения. Для представителей этих групп может быть затруднен доступ как к мероприятиям по профилактике ВИЧ-инфекции, так и к оказанию медицинской помощи.

В настоящее время фактически ответственность за адаптацию пациентов к лечению ВИЧ-инфекции и соблюдение приверженности возложена на лечащих врачей-инфекционистов, однако с учетом особенностей психосоциальной ситуации большинства людей, нуждающихся в лечении, *ответственность должна быть разделена с другими специалистами*: наркологами, психологами, психотерапевтами, социальными работниками.

Если в начале эпидемии ВИЧ-инфекции перед специализированной службой, оказывающей помощь при этом заболевании, стояла задача выявления случаев заболевания, их регистрации и диспансерного наблюдения, *то в настоящее время важнейшее значение приобретает выполнение задачи привлечения и удержания пациентов в рамках существующей системы помощи*. Эта задача представляет трудности для восприятия как организаторами здравоохранения, так и отдельными медицинскими работниками. Пассивный характер предоставления помощи только при наличии запроса со стороны пациентов не учитывает сложившуюся ситуацию, при которой многие пациенты:

- социально дезадаптированы, имеют многочисленные психосоциальные проблемы, такие как чувство вины, одиночества, страха, а также проблемы ответственности и агрессии;
- не имеют установок на поддержание своего здоровья;
- не имеют навыков длительного общения с медицинскими работниками в режиме диспансерного наблюдения.

Службу оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции должна отличать способность к привлечению пациентов и удержанию их в контакте в течение времени, необходимого и достаточного для достижения измеримого терапевтического эффекта. Причинами непривлекательности системы диспансерного наблюдения для пациентов являются:

- низкая осведомленность относительно возможностей диспансерного наблюдения;
- низкая информированность относительно смысла профилактических процедур;
- недостаток приемов активного привлечения пациентов;
- отсутствие системы социально-психологического сопровождения пациентов;
- отсутствие преемственности между учреждениями для проведения последовательного и комплексного лечения пациентов;
- недостаток знаний об особенностях поведения потребителей наркотиков и отказ от предоставления помощи в связи с «неправильным» поведением;
- недостаточная материально-техническая и кадровая обеспеченность службы.

Важно также учитывать особенности пациентов, которые в ближайшее время будут нуждаться в специфической терапии ВИЧ-инфекции. Их отличает наличие:

- комплексной, нарастающей психосоциальной проблематики;
- снижающейся (по мере наркотизации) мотивации на лечение, в том числе и ВИЧ-инфекции;
- нарастающей стигматизации.

В основе оказания медицинской помощи лежат отношения, основанные на доверии, что особенно важно для людей, принадлежащих к такой социально уязвимой группе населения, как потребители наркотиков. На получение результата могут рассчитывать только те действия медицинских работников, которые направлены на:

- восстановление достоинства пациентов;
- их права на получение необходимой помощи.

Одной из причин недоверчивого и даже враждебного отношения к медицинским работникам может являться предшествующий отрицательный опыт общения с представителями этой специальности. К примеру, у потребителей инъекционных наркотиков этот опыт приобретается в течение многократных безуспешных или малоэффективных попыток прекратить употребление наркотиков. Одним из препятствий на пути установления доверительных отношений является также ощущение пациентами недостатка поддержки со стороны медицинских работников.

В рекомендациях обосновывается современный подход к организации работы по повышению приверженности пациентов к АРВТ, который заключается в осуществлении мультипрофессионального командного подхода.

Рекомендации разработаны для сотрудников учреждений, оказывающих медицинскую помощь при ВИЧ-инфекции, в том числе специализированную.

1

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу право принимать решения. Врач же «исключительно в интересах больного» поступал так, как считал нужным. Раньше думали, что держать больного в неведении гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовашему мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Больной доверял врачу – врач брал на себя заботу о нем. Традиционно взаимоотношения врача и больного основывались на слепой вере; врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду. И поныне взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи, однако строиться они должны на иной основе: в современной медицине врач и больной сотрудничают, делятся сомнениями и сообщают друг другу полную правду.

Принципиально важным является создание психологически благоприятной среды, содействующей привлечению и удержанию пациентов в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с врачом, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего поведения в связи с ВИЧ-инфекцией. Особенно важным является обеспечения доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом в системе исполнения наказаний. Это позволяет избежать восприятия медицинских работников лишь в качестве части тюремной администрации и расширяет их профессиональные возможности.

Основой создания атмосферы взаимной заинтересованности, доверия и понимания является *консультирование*, которое позволяет осуществлять поддержку пациентов и их близких.



В 2008 году специалистами Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом было проведено анкетирование врачей, проходивших обучение на сертификационном цикле по специальностям «Эпидемиология» и «Инфекционные болезни». Слушателям было предложено закончить предложение «Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции – это...». В опросе приняли участие 37 специалистов.

- 38% респондентов указали, что консультирование – это предоставление информации.
- 27% считали, что консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции проводится при обследовании на ВИЧ.
- 19% отметили, что это «обсуждение, рассказ, просвещение, обучение».
- 12% назвали консультирование беседой (доверительной, индивидуальной, краткой).
- Один респондент отметил конфиденциальный характер беседы.

Результаты анкетирования показали однонаправленный характер общения с пациентами, который практикуют специалисты. Этот подход характеризуется предоставлением однотипной информации, которая является упрощенной для медицинских работников и подается обычно в виде диалога. Директивный стиль общения, который, по мнению врачей во многом обусловлен недостатком времени, не способствует установлению взаимопонимания и доверительных отношений с пациентами. Этот стиль также не позволяет вызвать изменения поведения, необходимые для профилактики распространения ВИЧ и поддержания стабильного состояния пациентов. Следует отметить, что недоучет индивидуальных особенностей людей, проходящих консультирование, приводит к малой эффективности информирования по важным вопросам, связанным с этим заболеванием и его профилактикой.

Представления о том, что консультирование ограничивается «беседой при обследовании на ВИЧ», отражают фрагментарный характер представлений об этой технологии. До- и послетестовое консультирование представляют собой составную часть системы профилактики и оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. С этого этапа происходит мотивирование пациентов на соблюдение режима диспансерного наблюдения и формирование приверженности лечению.

Только 3 респондента из 37 указали на необходимость оказания психологической поддержки при консультировании, и один – на важность «наладить контакт и завоевать доверие». Очевидно, что опрошенные врачи не имели полного представления о консультировании, сводя его содержание к информированию по вопросам ВИЧ-инфекции в основном при обследовании на ВИЧ.

Логично предположить, что путем *информирования* можно добиться положительных изменений на уровне представлений о ВИЧ-инфекции. В предоставлении информации нуждаются как люди, непосредственно затронутые проблемами ВИЧ-инфекции, так и общество, включая самые различные

его слои. Однако для того, чтобы информация была востребована и действительно изменяла поведение, необходимо добиться того, чтобы сведения о ВИЧ-инфекции воспринимались как индивидуально значимые для целевой аудитории. В противном случае восприятие проблемы будет отвлеченным и информирование не достигнет желаемого результата.

Воздействовать на эмоциональный компонент восприятия проблемы ВИЧ-инфекции можно *путем оказания психологической поддержки*, которая поможет уменьшить выраженность тревоги и страха.

Поддержка – одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным больному. Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение больного: главные ресурсы скрыты в самом пациенте. Их использование станет возможным, если больной осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли больного в лечебном процессе.

Практика показывает, что контакт, установленный с пациентом в процессе постановки диагноза ВИЧ-инфекции в специализированном медицинском учреждении, является основой дальнейшего сотрудничества в рамках диспансерного наблюдения при этом заболевании. Принятие пациента вне зависимости от особенностей его внешнего вида, поведения, приведшего к заражению ВИЧ, этнических и религиозных особенностей, уважительное отношение к его ценностям, являются необходимыми условиями установления и поддержания контакта, залогом осуществления диспансерного наблюдения, обеспечения приверженности лечению.

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла в самые разные стороны жизни человека. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым. На смену патернализму приходит принцип информированного согласия, что находит подтверждение в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

1.1. Принцип информированного согласия

В современном здравоохранении понятия уважения личности, самостоятельности пациента и самоопределения являются первостепенно важными и находятся в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.

Право пациента на автономность защищено посредством согласия на лечение.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- о связанном с ним существенном риске;
- о возможных альтернативах данному виду лечения.

Добровольное согласие – принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом (приложение 4, 5, 6).

Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.

Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отношения со стороны медицинских работников.

Одновременно с этим встает вопрос о том, как и в каком объеме информировать пациента. В последнее время большое внимание привлекает «субъективный стандарт» информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособливали информацию к конкретным интересам отдельного пациента. С точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

ВИЧ-инфекция создала прецедент, когда для достижения устойчивого терапевтического результата пациентам необходимо длительное время принимать большое количество лекарств, соблюдая строго регламентированные предписания.

К концу 2009 г. в России планируется проведение лечения 60 000 пациентов, больных ВИЧ-инфекцией.

Очевидно, что традиционно пассивная роль пациента не может обеспечить его адекватное участие в лечении, что требует от врача осознания партнерской роли пациента в терапевтическом процессе. Кроме того, пациент может плохо понимать предписания врача, иметь собственные представления

об эффективном и безопасном лечении, отрицать сам факт наличия заболевания в соответствии со своими механизмами психологической защиты.

1.2. Стигма и дискриминация при ВИЧ-инфекции

В обществе распространено представление о ВИЧ/СПИДе как о самопричиненной болезни. Традиционно передача ВИЧ-инфекции связывается с такими видами поведения, как употребление наркотиков, сексуальная распущенность, «извращенность». Не одобряя подобного поведения, общество винит самих заразившихся в том, что с ними произошло. При этом степень вины в заражении ВИЧ-инфекцией различна. «Невиновными» признаются дети, а также взрослые, заразившиеся внутрибольничным путем и от своих половых партнеров. Остальные – «наркоманы, гомосексуалисты и просто сексуально неразборчивые люди» – считаются «виновными» в заражении. В отличие от заболевших другими тяжелыми заболеваниями, например, раком или туберкулезом, люди, живущие с ВИЧ, не встречаются на уровне повседневного общения сочувствия и сострадания со стороны представителей неинфицированного большинства.

ВИЧ-инфекция рассматривается обществом как порочащее, неуместное, опасное свойство заразившегося человека, то есть становится его *стигмой*, позорным клеймом. Люди воспринимают ВИЧ-инфицированных как угрозу своей личной безопасности, относятся к ним враждебно, стремятся защититься от них самыми разными способами вплоть до открытой дискриминации и даже изоляции.

Стигматизация – это предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков. Если люди считают какое-то отличие очень важным, приписывают людям, у которых оно есть, отрицательные черты, и могут легко разделить по этому признаку людей на «нас» и «их» – речь идет о стигме.

Важно различать стигму, связанную с нарушением конфиденциальности, и стигматизацию, связанную с психологическими переживаниями человека, заразившегося ВИЧ. В последнем случае стигма зависит от уровня его информированности и качества его психологического сопровождения. Поэтому для преодоления стигмы следует осуществлять два вида мероприятий: в отношении «внешней» стигмы основной упор следует сделать на создание системы защиты конфиденциальности. В отношении «внутренней» стигмы основные усилия следует направить на создание системы качественного и длительного консультирования как самих заразившихся людей, так и тех близких, кого пациенты информировали о своем ВИЧ-статусе.

Дискриминация, в отличие от стигматизации, проявляется в прямом ущемлении прав, ставящих одних граждан в худшее положение по сравнению с другими.

Эпидемия ВИЧ стала причиной появления в обществе предубеждения по отношению к зараженным людям. Некоторые зарубежные авторы, пи-

савшие о ВИЧ/СПИДе, для обозначения этого явления использовали термин «истерическое отношение». Подобно войнам и революциям, эпидемии создают атмосферу потери контроля, ввергая общество в эмоциональный водоворот, который порождает сильные чувства – страх, подозрительность, морализаторство, иррациональность, панику и потребность «немедленно принять решительные меры». Большую роль в поддержании и распространении подобных настроений играют средства массовой информации.

Самым мощным и стойким страхом, проявившимся практически во всех странах в начале эпидемии ВИЧ-инфекции, был страх бытового – воздушно-капельного или контактно-бытового (через общие вещи, посуду) – заражения ВИЧ. Невозможность такого заражения доказана с полной достоверностью. Тем не менее подобные опасения до сих пор существуют. Время от времени они подпитываются «сенсационными» публикациями и «разоблачениями».

В средствах массовой информации активно обсуждается и проблема «СПИД-терроризма». Этим термином называют поведение ВИЧ-инфицированных людей, которые «специально заражают окружающих вирусом», чтобы «отомстить» обществу. «СПИД-террористам» приписываются самые антигуманные намерения и поступки.

Даже среди профессионалов встречаются люди, встревоженные слухами о злобной секте, колющей зараженными иглами людей на дискотеках, в транспорте и прочих людных местах.

Если рассматривать эти страхи более детально, то выясняется, что ВИЧ крайне неустойчив во внешней среде и живет только в биологических жидкостях.

Предрассудки и дискриминация, присутствующие в медицинской среде, по-прежнему являются самым большим препятствием на пути к использованию услуг нуждающимися в них.

Люди заражаются ВИЧ в результате того, что делают они сами или их партнеры, но не от того, какими личностями они являются. При оказании медицинской помощи необходимо воздержаться от осуждения и дачи каких-либо оценок поведению и личностным особенностям пациентов, в противном случае будет нарушен контакт, разрушена атмосфера доверия и взаимопонимания.

При разработке мероприятий, направленных на оказание специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, организаторы здравоохранения должны учитывать наличие предрассудков, дискриминации и стигматизации, которые сопровождают это заболевание.

1.3. Консультирование по вопросам приверженности терапии при ВИЧ-инфекции

Для привлечения и удержания пациентов в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции залогом успеха является создание психологически благоприятной среды. Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения па-

циента с врачом, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего поведения в связи с ВИЧ-инфекцией. Пациент должен чувствовать себя спокойно и безопасно, быть уверенным в том, что медицинские работники готовы ему помочь.

Лечение ВИЧ-инфекции представляет собой многокомпонентное явление. В нем принимают участие сам пациент, вирус иммунодефицита человека, лекарства и врач, который их назначил.

- Пациент привносит в этот процесс свои биологические и социально-психологические особенности.
- Врач – профессиональные навыки.
- Возбудитель заболевания обладает способностью к селекции штаммов, устойчивых к одному или более из принимаемых препаратов.
- Лекарства имеют различные фармакокинетические профили и особенности при сочетании друг с другом.

В специальной литературе для характеристики проблем, возникающих при назначении и приеме ВААРТ, утвердился термин *приверженность*.

Приверженность терапии означает, что пациент:

- Вовремя принимает лекарство;
- Принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе;
- Соблюдает рекомендации по диете.

Соответственно, неприверженность к ВААРТ может выражаться в:

- Несоблюдении графика приема препаратов;
- Пропуске приема;
- приеме неправильной дозы (что может выражаться как в самостоятельном ее снижении, так и в приеме двойной дозы после пропуска приема);
- В несоблюдении диеты.

Приверженность лечению – это количественная величина, отражающая поведение пациента по приему препарата. Ее значение может колебаться от 0% (не принята ни одна доза препарата), до более чем 100%, когда пациент принимает большие дозы препарата, нежели было предписано.

Очевидно, что никакие, даже самые современные методы лечения не окажут должного эффекта, если пациент не будет четко следовать врачебным рекомендациям или само лечение окажется недоступным для больного. Поэтому принципиально важным является понимание процесса изменения поведения человека относительно приема лекарств.

Формирование устойчивой мотивации к лечению длительно текущих заболеваний представляет собой необходимую задачу, для решения которой важно представлять направление такой работы. Такая мотивация формируется в процессе взаимодействия (коммуникации) пациента с медицински-

ми работниками, другими специалистами, людьми из значимого окружения. При этом важно помнить, что *мотивация к изменению поведения возникает у самого пациента, а не навязывается ему извне*. В ее основе лежат определение и мобилизация внутренней системы ценностей и целей пациента для последующего изменения его поведения.

Идеальная цель представляет собой достижение стопроцентной приверженности, однако при любом хроническом заболевании достижение подобного результата очень трудно, и употребление 80% назначенных врачом лекарств можно считать хорошей приверженностью. В случае же инфекции ВИЧ такая «хорошая приверженность» приводит в конечном итоге к развитию резистентности и терапевтической неудаче.

Прекращение приема терапии в течение недели, или 5 пропусков приема препаратов в течение месяца лечения можно считать серьезным нарушением, или срывом в лечении.

Во врачебной практике существует множество способов сделать так, чтобы врачебные предписания были выполнены пациентом.

Традиционной формой врачебной инструкции является рецепт. Врачи также часто используют так называемые:

- положительные директивы (указывают, что именно нужно делать пациенту) и
- отрицательные директивы (называют то, что ему не следует делать).

Существуют также такие способы усиления предписаний, как врачебное внушение и предупреждение.

Однако инфекция ВИЧ принесла с собой необходимость поиска новых эффективных подходов к улучшению лечебного процесса. Одним из них является *консультирование по повышению приверженности терапии*.

Консультирование основано на сочетании:

- информирования пациентов по вопросам, связанным со специфическим лечением ВИЧ-инфекции;
- оказания психологической поддержки.

Важно отличать консультирование от информирования и указания. К примеру, фраза врача:

- «Вам нужно начинать принимать лекарства» представляет собой *указание*.
- «Вам нужно начинать принимать лекарства для того, чтобы улучшить состояние иммунной системы» является *информированием*.
- «Как Вы думаете, Вы готовы начать регулярный прием лекарств для того, чтобы улучшить состояние иммунной системы?» отражает *консультативный подход*.

Сочетание указаний, информирования и консультирования необходимо для обеспечения качества медицинской помощи при лечении ВИЧ-инфекции.

Консультирование при назначении и приеме ВААРТ позволяет:

- установить необходимый контакт с пациентами;
- информировать пациентов;
- получить представление об индивидуальной внутренней картине заболевания, сомнениях, опасениях и намерениях пациентов;
- провести коррекцию искаженных представлений;
- оказывать психологическую поддержку;
- мотивировать и поддерживать мотивацию на прием ВААРТ;
- выявлять имеющиеся ресурсы.

Таким образом, консультирование при приеме ВААРТ в конечном итоге направлено на повышение приверженности принимаемой терапии.

Элементы консультирования можно обнаружить практически в каждой беседе врача с пациентом. Однако только целостное восприятие врачами консультативного подхода может служить залогом успешного лечения.

Если информирование пациентов с некоторыми оговорками принимается большинством врачей как естественная часть лечебного процесса, то по вопросу об оказании психологической поддержки существуют разные точки зрения. С одной стороны сам характер врачебной деятельности является гуманистическим и подразумевает необходимость психологической поддержки. Но процесс специализации неизбежно сказывается и на представлении медицинских работников о том, кто именно «должен» оказывать эту поддержку пациентам. На практике это проявляется в тенденции «переложить» функции поддержки на психологов, психотерапевтов и даже психиатров. При этом существенную роль играют и механизмы психологической защиты врачей, и недостаточное понимание сущности термина «психологическая поддержка».

Что значит поддержать кого-либо психологически? Поддержать психологически означает:

- *признать человеческую ценность пациента, его личность независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров.*
- *создать атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания во время беседы.*

Психологическая поддержка дает возможность пациенту преодолеть тревогу и страх. Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать. Любое посещение врача, особенно связанное с ухудшением состояния здоровья, сопровождается тревожными опасениями пациента по поводу исхода консультации. Это справедливо и для ситуации назначения ВААРТ, когда сам факт обсуждения необходимости лечиться ясно говорит пациенту о его неблагополучии.

Психологическая поддержка повышает степень *самоуважения* человека, а это позволяет уменьшить то неблагоприятное влияние, которое оказывает ВИЧ-инфекция на личность пациентов.

Психологическая поддержка предоставляет редкую возможность *непосредственно влиять на личность* получающих ее людей. Это та редкая форма коррекции, которая *без помощи лекарств* позволяет влиять на самооценку людей, их представление о самих себе.

Распространенное мнение о том, что консультирование – удел психологов и психотерапевтов, во многом объясняется недостатком навыков общения у врачей широкого профиля. Сторонники такого взгляда на консультирование не учитывают то обстоятельство, что врачи любой специальности, ежедневно работая с пациентами, волей-неволей, осознанно или нет, занимаются и консультированием, и психотерапией. В этой связи задачей настоящего информационного материала служит повышение информированности медицинских работников, расширение круга их профессиональных возможностей в области консультирования по вопросам приверженности ВААРТ.

В основе эффективной работы с пациентами лежит подход, при котором в центре внимания специалиста находится сам пациент и его проблема, которая разрешается с позиций сотрудничества в режиме диалога. *При этом врач в первую очередь задает себе вопрос о том, каковы потребности пациента,* и во вторую очередь вопрос о том, что он может предложить, каковы ресурсы организации и его лично. Тогда речь идет не только о диагнозе, болезни, но и о пациенте с его индивидуальной ситуацией, требующей специализированной помощи. Принцип «лечить больного, а не болезнь» оказывается особенно продуктивным, когда речь идет о помощи пациентам, страдающим ВИЧ-инфекцией. «Правда» врача состоит в том, что пришло время лечиться, но у пациента может быть своя «правда», которая не всегда совпадает с врачебной и может отрицательно отразиться на приверженности лечению.

Привлечение людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, к получению медицинской помощи, является сложной задачей, требующей системного подхода. Необходимо посредством уличной социальной работы расширять доступ к добровольному тестированию и консультированию с информированием о возможностях доступа к получению специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

В местах возможного пребывания пациентов (учреждения противотуберкулезной службы, наркологической и дерматовенерологической служб, центр профилактики и борьбы со СПИДом) целесообразно провести сверку медицинской документации для выявления пациентов, нуждающихся в обследовании и лечении ВИЧ-инфекции.

2

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

В практической деятельности врача-инфекциониста при возникновении необходимости назначения специфического лечения ВИЧ-инфекции возникает вопрос о том, насколько можно прогнозировать приверженность пациента, в особенности если у него имеется опыт употребления наркотиков.

Само по себе *употребление наркотиков не может служить причиной отказа от назначения ВААРТ*. При этом необходимо опираться на некоторые ориентиры, которые позволят оценить и прогнозировать соблюдение таким пациентом режима лечения. До настоящего времени таким критерием служила длительность периода воздержания от приема наркотиков. Однако существует и другая точка зрения на вопрос о том, как можно прогнозировать

эффективность лечения и приверженность. Согласно этой точке зрения перспективы пациента следует оценивать не по длительности ремиссии, а по *продолжительности и интенсивности периода взаимодействия пациента с различными службами, помогающими ему разрешить проблемы, возникающие по мере его отказа от употребления наркотиков*. Этот подход стал возможен благодаря стратегии, которая до этого была повсеместно внедрена в практику служб, работающих с наркопотребителями в зарубежных странах – стратегии «активного превентивного вмешательства».

Эта стратегия подразумевает не только снижение порога доступа к различным услугам, то есть облегчение *не только физического доступа, а, в большей степени, устранение психологического барьера*, который может возникнуть вследствие особенностей заболевания или вследствие особого отношения к заболевшим. Действуя в рамках этой стратегии, специалисты работают «с опережением». Они формируют мотивацию у пациентов (активных наркопотребителей) и поддерживают мотивацию на лечение у тех, кто вовлечен в систему помощи.



Повышение приверженности потребителей наркотиков к лечению ВИЧ-инфекции основывается на нескольких принципах:

- В первую очередь необходимо разрешить проблему с зависимостью от наркотиков;
- Специфическое лечение ВИЧ-инфекции должно зависеть от стабилизации пациента в отношении наркопотребления;
- Важнейшим условием стабилизации пациента является комплексное решение его психосоциальных проблем;
- Основой формирования приверженности потребителей наркотиков к лечению является формирование отношений доверия между пациентом и специалистом;
- Отношения доверия создаются на основе пациент-центрированного подхода в рамках методологии консультирования. Консультирование позволяет осуществить основное условие клиент-центрированного подхода – создать обстановку полной безопасности для личности пациента в процессе профессионального общения.

Работа по созданию и поддержанию приверженности лечению будет эффективна в том случае, когда будет строиться *исходя из конкретной ситуации и потребностей пациента*. Практика «отсева», когда из претендентов на лечение отбирают пациентов, чью приверженность заранее можно считать высокой, на определенном этапе отчасти могла быть объяснена ограниченностью ресурсов.

В настоящее время, когда получение лечения при ВИЧ-инфекции стало доступным благодаря Национальному проекту, требуется пересмотреть устоявшиеся приемы «отсева» и перейти к тактике привлечения и удержания пациентов. Эта тактика возможна только с учетом индивидуальных особенностей не только соматической, но и психосоциальной ситуации пациента.

Организация лечебного процесса при ВИЧ-инфекции и работа по поддержанию приверженности к обследованию и лечению *требует создания команд, состоящих из разных специалистов*.

Задача обеспечить своевременный прием всех назначенных препаратов такими низкомотивированными пациентами, как потребители наркотиков, может быть решена за счет использования мультипрофессионального подхода. Этот подход опирается на деятельность команд специалистов, которые объединены единой идеологией, методической базой, документацией, количественными и качественными критериями эффективности.

Важной задачей вовлечения и удержания потребителей наркотиков в такие долгосрочные программы, как специфическое лечение ВИЧ-инфекции, является создание вокруг пациента *реабилитационного пространства*, в котором каждый специалист несет терапевтическую нагрузку, создавая у пациента чувство уверенности в возможности получения долговременной бесперебойной помощи. Эта задача может быть выполнена на основании командного подхода.

2.1. Роль врача-нарколога в формировании приверженности лечению

При назначении ВААПТ каждый пациент, имеющий в анамнезе указание на употребление наркотиков, должен быть проконсультирован наркологом. Если такой пациент находится в ремиссии, то консультации нарколога проводятся 1 раз в 24 недели. Оказание наркологической помощи представляет собой систему, включающую несколько этапов:

1. диагностический
2. дезинтоксикационно-стабилизационный
3. реабилитационно-противорецидивный

Мультипрофессиональный подход к ведению наркологического пациента позволяет оптимизировать диагностическую работу и отбор пациентов для лечения, сократить время, необходимое для получения уточненной картины текущего состояния пациента.

Нарколог:

- Проводит первичную и текущую диагностику состояния пациента: выясняет преморбидные особенности личности пациента, особенности клинической динамики его состояния, личностный и социальный статус, уровень мотивации на получение помощи и реабилитационный потенциал.
- Обращает внимание на степень тяжести злоупотребления психоактивными веществами, проявления астенических, эмоциональных, мнестико-интеллектуальных и поведенческих расстройств, готовность и мотивацию к лечению, занятость, наличие семейной и социальной поддержки.
- Выясняет наличие ранее пройденных пациентами реабилитационных программ, программ психологической и психотерапевтической помощи.

В комплексе предварительной подготовки целесообразно использовать *методику мотивационного интервью*, которая позволяет выяснить отношение пациентов к вопросам, связанным с употреблением психоактивных веществ, а также содействовать принятию позитивных решений в отношении изменения поведения. На этом этапе используются различные диагностические шкалы.

- Заключение врача-нарколога и его рекомендации заносятся в амбулаторную карту пациента.

Лечебные мероприятия *дезинтоксикационно-стабилизационного* этапа проводятся у пациентов, страдающих абстинентным синдромом. Пациенту оказывается медицинская помощь, проводятся фармакотерапевтические мероприятия с тем, чтобы обеспечить воздержание от наркотиков с минимальными соматическими и эмоциональными нарушениями. Стабилизационное вмешательство включает как медикаментозную, так и психологическую коррекцию, которые проводятся с учетом индивидуальных особенностей состояния пациента. Этот этап может осуществляться в стационарных и амбулаторных условиях. В последнем случае пациент посещает нарколога по личному графику, обычно не реже 1 раза в неделю в течение 1–1,5 месяцев.

На *реабилитационно-противорецидивном этапе* для каждого пациента разрабатывается индивидуальная последовательность мероприятий, исходя из особенностей его реабилитационного потенциала. Пациент может участвовать в работе психотерапевтических групп, получать индивидуальные консультации, получить рекомендации для посещения групп самопомощи. При необходимости пациент направляется на длительный курс стационарной реабилитации в специализированный наркологический реабилитационный центр. В этом случае целесообразно индивидуальное сопровождение социальным работником, проводятся мероприятия для обеспечения преемственности работы наркологических служб.

Наркологическая помощь является одним из необходимых видов помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, она должна участвовать в формировании и поддержании терапевтической среды, способствующей созданию навыков соблюдения пациентом режима лечения.

2.2 Роль психолога в формировании приверженности лечению

ВИЧ-инфекция оказывает влияние на личность пациентов: изменяет их самооценку (инфицированный человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей), самоуважение, уверенность в себе. В конечном итоге ВИЧ-инфекция изменяет самосознание людей.

Помимо изменения отношений с окружающими, одним из возможных последствий ВИЧ-инфекции является снижение эффективности деятельности и дальнейшего развития личности. В последние годы при описании социально-психологических последствий этого заболевания используется термин «жизненный сценарий». Действительно, ВИЧ-инфекция накладывает существенные ограничения на жизненные перспективы человека. На практике приходится сталкиваться и с проблемами выбора или смены профессии, и профессионального роста, и трудоустройства, и с вопросами планирования семьи.

Не сразу и не все пациенты могут осмыслить и принять существенное изменение качества жизни и ограничение ее временных перспектив. Душевное состояние пациента имеет большое значение для развития заболевания, соблюдения режима диспансерного наблюдения, поддержания приверженности лечению.

В практической работе психолог специализированного медицинского учреждения, оказывающего помощь при ВИЧ-инфекции, использует различные методы взаимодействия с пациентом и его окружением: консультирование, интервью, психодиагностическое исследование с привлечением различных тестовых программ, психотерапию, психологическую коррекцию. Систематический прием противоретровирусных препаратов может повлечь за собой изменение привычного образа жизни, некоторые пациенты могут испытывать ощущение утраты «свободы», связанное с необходимостью соблюдения строгого режима приема препаратов, жаловаться на психическую и физическую усталость от приема лекарств. Поэтому нельзя недооцени-

вать роль психолога в прогнозировании мотивировании и поддержании мотивации на лечение.

Психолог:

- Проводит психологическое консультирование. При этом наиболее часто обсуждаются следующие темы: изменения жизненной ситуации пациентов, которые привносит ВИЧ-инфекция, психологическая зависимость от психоактивных веществ и трудности совладания с ней, сопутствующие проблемы одиночества, страха, потери смысла жизни, взаимоотношений с другими людьми.

- Проводит психодиагностическое обследование, в том числе по запросу врача-нарколога, измеряют уровень тревожности, депрессивного состояния, уточняет личностные особенности пациента.

- Побуждает пациента к самостоятельной работе – «домашним заданиям»: ведению дневника чувств, самооценки своего психофизиологического состояния.

- Знакомится с его внутренней картиной болезни.

- Выявляет ведущие мотивы и установки, связанные с употреблением наркотиков и приемом ВААРТ.

- Выявляет тех людей, мнение которых важно и которые могут повлиять на приверженность терапии.

- Обсуждает с пациентом «за» и «против» начала, продолжения терапии ВИЧ-инфекции.

- Подводит итоги.

- Осуществляет совместное консультирование с другими членами мультипрофессиональной команды.

- Заключение психолога и его рекомендации заносятся в амбулаторную карту пациента.

2.3. Роль специалиста по социальной работе в формировании приверженности лечению

ВИЧ-инфекция оказывает влияние на все основные стороны жизни развившегося человека, в том числе и на его социальное положение: нередко изменяется социальный статус, происходит стигматизация, повышается правовая уязвимость.

Практически любое заболевание способно нарушить привычные контакты человека с окружающим, ограничивает возможности трудовой деятельности или делает в ряде случаев невозможным ее продолжение, нередко лишает заболевшего прежних перспектив и требует переориентации. Однако ВИЧ-инфекция занимает особое место. Зарубежные авторы считают это заболевание не только биологически, но и социально злокачественным. Поэтому люди, живущие с ВИЧ, нуждаются не только в медицинской, но и в социально-психологической помощи.

Социально-психологическая помощь представляет собой совокупность мер, результатом которых являются изменения как самого человека, так и социального окружения. *Для лечения социально значимых болезней человека необходимо высвободить, развить, приумножить ресурсы личности и ее социального окружения, прежде всего семьи.* Эта цель не может быть достигнута при использовании только таких привычных средств социальной помощи, как материальная поддержка, профессиональная переподготовка и трудоустройство или призыв взять себя в руки и справиться с ситуацией. Необходима специальная работа по обретению человеком ответственности за себя и свой образ жизни, позиции «я – хозяин своей жизни и ее творец».

Современный подход к оказанию социально-психологической помощи в мировой практике заключается в ясном понимании того, что социальная работа является одной из форм деятельности, направленной на достижение социальных изменений. Так, социальная работа:

- обеспечивает решение проблем, существующих в отношениях между людьми;
- повышает их социальное благополучие;
- предоставляет определенные полномочия и свободу.

С этих позиций социальная работа является мощным сдерживающим средством социальных катаклизмов и конфликтов в обществе, тем более эффективным, чем больше ресурсов выделяет общество и государство.

Главной целью социальной работы является забота о благосостоянии и раскрытие возможностей и способностей личности, семьи, общества к нормальному социальному функционированию.

Основной формой оказания такой помощи должен стать специально организованный процесс – *социально-психологическое сопровождение семьи или личности.*

Пути достижения цели реализуются в следующей последовательности:

- знакомство с клиентом («клиентом» может выступать и общество, и социальная группа, и человек),
- диагностика ситуации;
- выявление возможностей, дифференциация проблем, нужд;
- помощь в решении проблем, реализация возможностей;
- наблюдение и забота.

Важный момент социальной работы – убежденность в том, что *чаще всего мы бываем не вправе решать за других людей, что им нужно, и должны позволять им самим выбирать из имеющихся вариантов тот, который их больше всего устраивает.*

Как правило, людям нужна помощь в:

- осознании имеющихся альтернатив;
- оценке сравнительных достоинств и недостатков каждого из существующих вариантов поведения;
- грамотном и рациональном принятии решений.

Такая установка в корне расходится с авторитарным подходом, который заключается в том, что представители официальных структур присваивают право диктовать людям правила поведения, традиционно навязывая свои рекомендации и определяя характер помощи.

Практика индивидуальной социальной работы сосредоточена на взаимодействии внутренних (психологических) и внешних (социальных) причин, которые приводят к дисфункции человека. Важнейшим в психосоциальном подходе является рассмотрение совокупности: человек, ситуация и взаимодействие между ними. *На смену традиционного для российской психосоциальной помощи планирования работы по направлениям (диагностика, коррекционно-развивающая работа, профилактика, консультирование) приходит осознание необходимости планирования работы в соответствии с запросом пациента.*

Специалист по социальной работе:

- Устанавливает эмоциональный и интеллектуальный контакт: способствует снижению тревожности, уменьшению выраженности страхов и опасений, обеспечивает поддержку. Выясняет потребности;
- Изучает и анализирует социальную ситуацию пациента, проводит первичную и последующую диагностику;
 - Определяет последовательность продвижения к результату;
 - Предупреждает возможные препятствия;
 - Определяет конкретные цели;
 - Составляет план взаимодействия;
 - Проводит индивидуальное и семейное консультирование;
 - Проводит групповую работу с пациентами, отобранными для получения терапии, с их родными и близкими в виде отдельных и совместных занятий;
 - Участвует в формировании групп самопомощи;
 - Совместно с психотерапевтом/психологом оценивает выполнение пациентами графика намеченных посещений, их дисциплинированность и открытость;
 - Осуществляет сопровождение пациентов и их ближайшего окружения. При реализации плана учитывает ценности и привязанности пациента, способствует расширению сотрудничества пациента со специалистами.

Социальная помощь пациенту способствует восстановлению или стабилизации его базовых социальных условий (восстановление утраченных документов, решение вопросов занятости, прекращение жилищных претензий), повышает самооценку пациентов, улучшает взаимоотношения в семьях и способствует поддержанию приверженности лечению. Практика показывает, что, если пациент настроен лечиться, улучшить свою жизнь, он путем сотрудничества со специалистом по социальной работе включается во взаимодействие с врачом-инфекционистом и врачами других специальностей. Опираясь на мультипрофессиональную поддержку, пациент справляется с трудностями и добивается прогресса. Как правило, необходимы 4–5 консультаций специалиста по социальной работе.

2.4. Роль медицинской сестры в формировании приверженности лечению

В проведении медико-социальной поддержки пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, особая роль отводится профессиональной группе медицинских сестер. Как показывают социально-медицинская история и практика, их роль долгое время явно принижалась либо игнорировалась. Повсеместное увлечение представителей здравоохранения высокими технологиями, медицинскими техниками, оборудованием отодвинуло на задний план влияние медицинской сестры как представителя самой «человеческой» профессии, которая имеет возможности не только профессионально применять различные вмешательства, но и оказывать большое позитивное влияние своим доброжелательным отношением к больному, характеризующимся терминами милосердия, профессиональной этики, миссии.

Медицинская сестра выполняет обучающую, помогающую и организующую функции. Современный пациент все чаще ощущает *дефицит внимания к своей персоне, неповторимости своего духовного мира*. Медицинские сестры являются теми реальными людьми, которые способны удовлетворить потребности пациентов в получении качественной, лично-ориентированной медицинской помощи.

Медицинские сестры являются самой многочисленной группой в профессиональной структуре медицинских работников России, отсюда велика степень их участия в разрешении проблем, связанных с диспансерным наблюдением и лечением пациентов. Традиционно сложившееся представление о медицинской сестре как о помощнице врача, выполняющей вспомогательные функции, недооценка научного анализа в управлении и организации работы среднего медицинского персонала наносят урон престижу сестринского дела и ухудшению качества его деятельности.

Сестринский персонал является реальным потенциалом, который способен удовлетворить потребности пациентов в оказании качественной, лично-ориентированной медицинской помощи. Сестринское дело – это социально-трудовой процесс, направленный на компетентное выявление проблем пациента, связанный с квалифицированной помощью и социальной поддержкой общего состояния здоровья. На современном этапе медицинская сестра выполняет обучающую, помогающую и организующую функции. Как полноправный член мультипрофессиональной команды

Медицинская сестра:

- Беседует с пациентом с целью выяснения его образа жизни, состояния здоровья, жалоб и опасений.
- Заполняет медико-психологическую карту пациента.
- Формирует базы данных пациентов, состоящих на диспансерном учете.
- Осуществляет диспансерный учет пациентов, получающих АРВТ с целью контроля приема препаратов и формирования приверженности к АРВТ.

- Информировывает пациента о диагностике и диспансерном наблюдении, связанном с ВИЧ-инфекцией, и услугах, предоставляемых другими специалистами, график работы специалистов медицинского учреждения.
- Консультирует пациентов по телефону доверия.
- Устанавливает контакт с родственниками и близким окружением. Проводит диагностику проблем пациента в его микросоциальном окружении.
- Направляет пациента для оказания ему необходимой помощи в других ЛПУ.

На доврачебном этапе обученная медицинская сестра:

- Мотивирует пациента на визит к врачу во время беседы с ним лично или по телефону. Напоминает о дате следующего посещения, держится доброжелательно, с готовностью предоставляет необходимую информацию.
- Осуществляет мониторинг приверженности, предлагая пациенту во время визита заполнить специальную анкету, помогающую оценить приверженность. Проводит подсчет таблеток.

2.5. Роль равного консультанта в формировании приверженности лечению

При работе с ВИЧ-позитивными пациентами целесообразно включать в состав команды активистов из числа людей, живущих с ВИЧ, имеющих опыт приема антиретровирусной терапии, успешного совладания с новой жизненной ситуацией в условиях ВИЧ-инфекции, преодоления зависимого поведения.

Современные теории коммуникации выдвинули принцип, согласно которому сообщение будет более убедительно, если будет представлено лицом, с которым целевая группа может себя отождествить. Метод консультирования «равный равному» основывается на повышении доступности информирования и поддержки. При этом консультирование проводится обученным добровольцем, имеющим опыт успешного преодоления проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Активисты движения и равные консультанты занимают особое место в системе оказания помощи людям, живущим с ВИЧ. Уникальность и важность их участия объясняется самой сущностью потенциала этих сотрудников. С одной стороны, это такие же пациенты, клиенты учреждений здравоохранения, с другой – люди, обладающие специальными навыками оказания помощи на основе собственного опыта совладания с заболеванием. Для прогнозирования рисков нарушения приверженности имеет большое значение принятие пациентом своего заболевания. Найдет ли он силы противостоять болезни или будет отрицать сам факт ее наличия? Готов ли будет принять помощь, кому будет доверять? Если человек не сможет принять ВИЧ-инфекцию или будет относиться к ней, как к наказанию, это может привести к утрате контроля всего связанного с заболеванием, самообвинениям и самоизоляции.

ции, существенно затруднит получение помощи. На этом этапе роль равного консультанта особенно велика.

Однако потенциал равного консультирования не ограничивается предоставлением общей информации и помощью в принятии диагноза. Равный консультант позволяет сократить дистанцию между врачом и пациентом, наладить взаимодействие, так необходимое для качественного лечения. Такой сотрудник имеет возможность получить более полную и искреннюю информацию о пациенте, может удостовериться в правильности понимания пациентом информации, поступившей от врача, при необходимости предоставить эту информацию в более доступной форме.

Равный консультант может стать человеком, после общения с которым пациент может решиться на визит к врачу (к примеру, после негативного опыта взаимодействия с медицинским учреждением).

Специалисты из числа ВИЧ-позитивных не только предоставляют индивидуальную поддержку и информирование, но могут помогать проводить групповую работу. Такие формы работы по повышению приверженности лечению обеспечивают хорошую возможность для обмена мнениями людьми, которые хотят поделиться своим опытом о ВИЧ и лечении, помогая им уменьшить чувство изолированности. На таких занятиях также могут обсуждаться стратегии снижения побочных эффектов и улучшения соблюдения режима.

Равный консультант:

- Показывает пример уважения к пациентам, их ВИЧ-статусу, полу, возрасту, опыту употребления психоактивных веществ и сексуальной ориентации;
- Осознает и соблюдает конфиденциальность;
- Испытывает желание помочь людям усвоить новые знания и навыки;
- Понимает различные аспекты ВИЧ-инфекции и может обсуждать их непредвзято;
- Умеет ясно выражать мысли достаточно простым языком;
- Умеет слушать других людей.

Особое внимание при включении равных консультантов в работу команды необходимо уделить состоянию их здоровья и возможным рискованным ситуациям. Например, рецидиву употребления психоактивных веществ, или их переходу в «профессионалы», когда с включением в команду они перестают быть близкими для пациентов. Участие равных консультантов в команде поддержки приверженности лечению требует такой укомплектованности программы, чтобы обеспечить продолжение работы, когда кто-то из числа равных консультантов временно не может работать в команде из-за ухудшения собственного состояния здоровья.

2.6. Роль окружения пациента в формировании приверженности лечению

Близкие люди, окружающие человека, живущего с ВИЧ-инфекцией, представляют собой целевую группу для оказания психологической поддержки и информирования, то есть нуждаются в консультировании. Вместе с тем привлечение окружения пациента к формированию приверженности является существенным ресурсом для привлечения и удержания пациентов в рамках диспансерного наблюдения.

Окружающие пациента близкие и друзья могут стать полноправными членами мультипрофессиональной команды, если пациент добровольно информирует близких о своем диагнозе и лечении. При этом необходимо сформировать конструктивное отношение осведомленных близких к проблемам лечения ВИЧ-инфекции и своевременно выявлять рискованные ситуации в межличностном взаимодействии. Так, авторитарная позиция людей, окружающих пациента, стремление взять на себя руководство процессом лечения, или, напротив, отсутствие поддержки, их психологическая усталость, подавленность, стремление найти панацею могут отрицательно отразиться на приверженности лечению и требуют своевременного выявления и усилий по разрешению этих ситуаций.

Участие близких людей в формировании приверженности лечению может осуществляться в различных формах:

- Напоминание о необходимости принять препараты.
- Поддержание легенды, когда в присутствии неосведомленных людей выдвигается версия, объясняющая «странное» поведение молодого человека, принимающего таблетки в определенное время.
- Эмоциональное подтверждение значимости каждого дня жизни пациента для его близких, одобрение усилий, затраченных на соблюдение приверженности.
- Посредничество и союз с мультипрофессиональной командой, осуществляющей работу по приверженности лечению.

Из приведенного списка видно, что включенность окружения пациента в процесс его лечения может осуществляться на различных уровнях. Однако, как бы ни был скромнен вклад окружающих пациента людей в его приверженность лечению, им нельзя пренебрегать, а, напротив, важно использовать и развивать этот ресурс.

2.7. Роль НГО в оказании помощи при ВИЧ-инфекции

Большое значение для обеспечения приверженности лечению ВИЧ-инфекции имеет привлечение к этой работе негосударственных организаций (НГО). К сожалению, имеющаяся конкуренция в условиях дефицита ресурсов, недостаточно развитая традиция и культура взаимного и совместного действия, проблема потребительского отношения к НГО с позиций

«старшего брата» создают неблагоприятные условия для сотрудничества не только в работе над приверженностью лечению, но и в выполнении других мероприятий в системе противодействия ВИЧ-инфекции. Традиционные представления о роли НГО как организатора групп само- и взаимопомощи, издателя информационных материалов и защитника прав людей, живущих с ВИЧ, не отражают современной ситуации.

В последние несколько лет негосударственные организации убедительно демонстрируют высокий профессионализм в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИД, в том числе и в областях, которые редко ассоциируются с традиционными сферами НГО. Например, в рамках проекта ГЛОБУС, а также в некоторых компонентах Национального проекта и Федеральной Целевой Программы, НГО обеспечили эффективное управление, осуществили масштабные бесперебойные поставки оборудования, расходных материалов и медикаментов, провели обучение нескольких тысяч региональных специалистов. В десятках регионов России НГО работают с различными категориями населения, уязвимыми в отношении ВИЧ-инфекции и труднодоступными для профилактики и медицинской помощи. Такие организации имеют ценную информацию и опыт работы в сложных условиях, далеких от практической сферы деятельности медицинских служб. Кроме того, НГО являются принципиальным и равноправным партнером в создании помогающей сети для людей, живущих с ВИЧ. Сегодняшняя реальность такова, что в НГО работают профессионалы, чьи навыки, умения и мотивация должны быть использованы в системе мер противодействия российской эпидемии ВИЧ-инфекции.

Общественные организации могут:

- проводить поиск доверенных специалистов, которые способны осуществлять лично-ориентированный подход к работе с пациентами, сотрудничать с общественными организациями для выполнения задачи оказания помощи при ВИЧ-инфекции.
- Определять значимые проблемы пациентов, которые возникают при обращении за медицинской помощью, выявлять их потребности в других видах помощи, изучать опыт предшествующих взаимодействий пациентов и медицинских работников с целью прогнозирования рисков нарушения приверженности.
- Обеспечивать преемственность помощи, осуществлять патронаж на дому, вовлекать окружение пациентов в процесс сопровождения.
- Разрабатывать приемы активного вовлечения пациентов в медицинскую сеть, программы по долговременному сопровождению, документации, фиксирующей процесс работы с каждым случаем, исследовать риски нарушения приверженности и способы их преодоления.
- Готовить волонтеров, разрабатывать и проводить тренинги по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции, тестировать информационные материалы, организовывать стажировки специалистов.

2.8. Этапы формирования приверженности

С учетом командного подхода формирование приверженности пациентов лечению выглядит следующим образом.

На доврачебном этапе обученная медицинская сестра:

- Мотивирует пациента на визит к врачу во время беседы с ним лично или по телефону. Напоминает о дате следующего посещения, держится доброжелательно, с готовностью предоставляет необходимую информацию.
- Осуществляет мониторинг приверженности, предлагая пациенту во время визита заполнить специальную анкету, помогающую оценить приверженность. Проводит подсчет таблеток.

На врачебном этапе лечащий врач:

- Устанавливает/поддерживает контакт с пациентом.
- Определяет наличие показаний для начала терапии, либо оценивает динамику субъективных, клинических и лабораторных показателей в процессе лечения.
- Оценивает уровень информированности пациента, его готовность начать (продолжать) лечение.
- Знакомит пациента с информированным согласием. Отвечает на вопросы.
- Получает информированное согласие на обследование, консультации специалистов, психологическое тестирование, прием противоретровирусных препаратов, диспансерное наблюдение.
- Консультирует по приему препаратов.
- Направляет на консультацию к психотерапевту (психологу).
- При наличии показаний направляет на консультацию к наркологу.

Осознание преимуществ командного подхода в вопросах консультирования по приверженности лечению встречается среди медицинских работников определенные трудности. Можно отметить две крайности, которые наблюдаются в процессе проведения занятий, посвященных внедрению навыков консультирования при приеме терапии.

- Одни врачи берут «на себя» все функции мультидисциплинарной команды и мотивируют свой подход тем, что несут единоличную ответственность за лечение пациентов и могут самостоятельно ориентироваться в их психологических проблемах и проблемах зависимого поведения.
- Другие придерживаются прямо противоположных взглядов и любые вопросы, связанные с консультированием, считают непосредственной обязанностью других специалистов, отстраняясь от участия в этой работе. Подобный подход профессионалы часто объясняют недостатком времени и навыков.

В действительности только согласованная консультативная работа по приверженности лечению позволяет рассчитывать на получение результата.

2.9. Приемы повышения приверженности лечению

Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью улучшения приверженности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» больного. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня – бритье, чистка зубов и т.д. Полезным может быть напоминание при помощи электронных средств, например, через установку регулярного сигнала мобильного телефона или наручных часов.

Весьма эффективной оказывается соответствующая упаковка лекарственных препаратов в блистеры с указанием дней недели, что позволяет всегда обратить внимание пациентов на пропущенную дозу.

Некоторым пациентам помогает ведение дневника, в котором указан режим приема препаратов, включая время, и рекомендуемые дозы. После приема определенной дозы они делают отметку в списке. В таком случае всегда ясно, если пропущена доза препарата.

Если повесить напоминание или картинку на внутреннюю сторону входной двери, это поможет пациенту вспомнить о приеме препарата перед выходом из дома.

Положительно влияет на приверженность лечению использование сегментированных пеналов для лекарственных препаратов с целью распределения ежедневной или еженедельной дозы антиретровирусных препаратов. Таблетницы, т.е. коробочки, в которых имеются отдельные секции для медикаментов на каждый прием, представляют собой удобное средство для организации процесса лечения и помогают пациентам заметить пропущенные дозы. Кроме того, некоторые типы таблетниц оснащены таймером, который звуковым сигналом напоминает пациенту о времени приема лекарств. Поскольку таблетницы можно носить с собой, то это освобождает людей от необходимости брать с собой несколько флаконов с препаратами. При рекомендации использования таблетницы целесообразно провести с пациентом подготовительное занятие, попросив его самостоятельно разложить антиретровирусные препараты для приема по соответствующим секциям.

2.10. Осуществление контроля приверженности

- **Подсчет таблеток.** При использовании этого метода оценки приверженности пациенты должны приносить флаконы с таблетками в лечебное учреждение для пересчета остающихся таблеток. Число пропущенных приемов препарата высчитывается по несовпадению ожидаемого числа остающихся таблеток с реально установленным. Оценка приверженности терапии на основании подсчета принятых таблеток производится по каждому препарату и суммарно по всей схеме.

- При оценке приверженности методом анкетирования может быть использован упрощенный вопросник международного типа для оценки точности соблюдения режима приема препарата (Simplified Medication Adherence

Questionnaire, SMAQ). Анкетирование пациентов проводится ежемесячно при посещении врача для получения препаратов на следующий месяц лечения и сдачи остатков лекарств. Вопрос 6 анкеты при первых двух посещениях врача (т.е. через 1 и 2 месяца лечения) предусматривает возможный пропуск лекарств за последний месяц лечения. Через 3 месяца терапии этот вопрос касается пропуска лекарств за 3 месяца лечения (приложение 7).

- При оценке приверженности пациентов лечению также можно ориентироваться на показатели вирусной нагрузки.
- Целесообразно осуществлять учет причин выбытия пациентов из лечения ежемесячно: отказ от терапии с указанием мотивов, неявка на визит, отмена терапии в связи с развитием серьезных нежелательных явлений, развитие беременности, смерть пациента с указанием причины (заболевание, несчастный случай, суицид, насильственная смерть).

3

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ

Работа специалистов в междисциплинарной команде, объединенной общим подходом, ориентированным на потребности пациента, имеет ряд преимуществ:

- Происходит комплексная диагностика потребностей: медицинских, психологических, социальных;
- Коллегиально решается вопрос о первоочередной проблематике (наиболее актуальных потребностях) и механизме помощи;
- Объединяются ресурсы специалистов «внутренней» и «внешней» сети;
- Работа в МП группе является способом профилактики «выгорания» специалистов.



Для пациентов подход, реализующий принцип построения «диалога» между специалистом и клиентом:

- облегчает контакт со специалистами;
- повышает степень доверия;
- «снижает» порог государственного учреждения здравоохранения;
- помогает воссоздать естественные социальные связи и получать поддержку от окружения;
- помогает приобрести в безопасной принимающей атмосфере навыки зрелого межличностного общения: управления эмоциями, социально приемлемого самовыражения, уважения межличностных границ;
- формирует приверженность наркологическому лечению, что служит предпосылкой обеспечения приверженности лечению ВИЧ-инфекции.

Оптимальный размер команды должен составлять 5 +/- 1 специалиста.

- Нецелесообразно включать в одну команду несколько профессионалов, обладающих идентичными навыками (так, например, социальный работник может иметь значительный опыт в психологическом консультировании). Кроме лишних финансовых затрат, это может создать сложности при

распределении ролей в команде и привести к снижению эффективности работы команды в целом. Поэтому необходимо четкое установление меж-профессиональных границ, что отчасти может быть достигнуто созданием четких должностных инструкций для членов команды.

- Необходимо выработать общую идеологию работы команды относительно основных теоретических принципов, базовых ценностей и используемых методов работы.
- Для того, чтобы группа специалистов стала работоспособной командой, необходима выработка общих целей, достижению которых посвящена деятельность команды.
- Нормальное функционирование группы может осуществляться только при наличии определенного уровня групповой ответственности членов команды друг перед другом и перед вышестоящими организациями/лицами.

Для эффективной деятельности команда должна иметь четкую структуру и организацию и руководствоваться в своей работе четко определенными принципами. Внутри команды основная руководящая роль принадлежит руководителю, который назначает ответственных по тем или иным «случаям». Когда это происходит, руководство каждым конкретным случаем передается назначенному члену команды, которому подчиняются все остальные задействованные в данной работе специалисты.

С позиции командного подхода стратегическими направлениями работы по повышению приверженности пациентов противоретровирусной терапии являются:

- установление доверия. Пациентам необходимо поделиться своими проблемами в безопасной обстановке. Ограниченное пространство может создать более доверительную обстановку, что важно для достижения соблюдения режима лечения. Уменьшение количества символов официальности способствует повышению уровня комфорта пациента;
- структурирование времени ожидания приема. По возможности важно сделать время ожидания плодотворным для пациента. Могут быть использованы поддерживающие услуги, образовательные сессии;
- предоставление доступа между визитами для обсуждения возникающих вопросов и проблем (например, предоставлять возможность консультироваться по телефону);
- контроль текущей приверженности, усиливающийся во время периодов нарушения режима приема препаратов: более частые визиты, привлечение семьи и друзей, других членов команды, направление в службы для получения наркологической помощи;
- использование команды для всех пациентов, включая консультирование «равный равному» для пациентов с особенными потребностями для усиления информационного и эмоционального воздействия на приверженность;

- привлечение фармацевта, участие которого в обсуждении вопросов токсичности принимаемых препаратов, медикаментозной нагрузки, интервалов между дозами может снять часть нагрузки с лечащего врача и повысить качество консультирования;

- учет влияния новых диагнозов (например, депрессии, заболеваний печени, истощенности или рецидивов наркопотребления);

- проведение тренингов по антиретровирусной терапии и приверженности для команды.

Условия для создания мультипрофессиональной команды и реализации в ней клиент-центрированного подхода имеются практически в каждом медицинском учреждении, где есть врачи различных специальностей и медицинские сестры. В идеале мультипрофессиональная команда должна по составу специалистов охватывать все аспекты оказания комплексной помощи: медицинский, психологический, социальный.

Кроме команды, внутри учреждения необходимо развивать «сеть» внешних партнеров – учреждений, которые задействованы в оказании помощи целевой группе пациентов. Для наркопотребителей такими профильными учреждениями являются: наркологический диспансер (стационар и амбулаторная служба), центр по борьбе и профилактике СПИД, кожно-венерологический диспансер, туберкулезный диспансер, инфекционная больница, токсикологическое отделение больницы скорой помощи, другие медицинские подразделения, организации, оказывающие социальную поддержку, опеку, помощь. Создание внешней «сети» можно начинать одновременно на различных уровнях:

- договоренностью на уровне главных врачей;
- «горизонтальной» связью врачей-единомышленников;
- функциональным объединением врачей различных специальностей и учреждений вокруг конкретных пациентов в связи с их актуальной проблематикой.

Целесообразно решать вопросы объединения усилий «профильных» специалистов на круглых столах, семинарах, посвященных вопросам наркомании, ВИЧ-инфекции. Введение технологии междисциплинарной и сетевой работы может быть ускорено путем проведения совместного обучения специалистов различных ведомств на циклах семинаров по организации и формам работы по повышению приверженности пациентов противоретровирусной терапии.

Основными тематическими направлениями обучения специалистов работе с ВИЧ-инфицированными наркопотребителями – претендентами на терапию являются:

- Сетевая работа;
- Мультипрофессиональный подход;
- Профилактика синдрома психологического выгорания;
- Психология зависимого поведения;
- Особенности работы с пациентами, их родственниками и партнерами;

- Технология работы со случаем – кейс-менеджмент (Case-management);
- Техника мотивационного интервью.

При оценке ресурсов, необходимых для оптимальной работы междисциплинарной команды, целесообразно рассматривать *медицинских сестер* в качестве «базового звена», обладающего большими возможностями как в организационном, так и в методическом плане. Это обусловлено их положением и функциями в системе «специалист-пациент», а также универсальностью подготовки и количественным составом. Обученные основам консультирования медицинские сестры способны многократно повысить общую эффективность работы группы.

Для оценки эффективности усилий команды по привлечению и удержанию пациентов, нуждающихся в противоретровирусной терапии ВИЧ-инфекции, должны быть учтены определенные критерии:

- посещаемость (и ее периодичность);
- объем получаемой помощи (и динамика ее получения);
- число вовлеченных в процесс помощи значимых лиц из окружения (и качество этого вовлечения);
- количество психологических и социальных проблем, ставших предметом обсуждения в течение длительного консультирования.

4

АНАЛИЗ ДАННЫХ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ПРОЦЕССЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Отчет по Индикаторам Раннего Предупреждения, 2008 г.

Объект	Масштабы безрецептурного обеспечения АРВ препаратами 2008	% назначений предпринятой схемы АРВ терапии (1-3/2008)	% пациентов АРВ терапию препаратом первого ряда (1-5/2008) и не проходящих наблюдение на протяжении 12 месяцев	% проходящих АРТ и своевременно посещающих врача (первый 2 приема после 6/2007)	% проходящих АРТ и своевременно получающих все АРВ препараты (первые 2 получения после 7/2007)
1	12	94/94 (100%)	4/96 (04%)	182/209 (87%)	196/192 (99%)
2	10	81/81 (100%)	9/74 (12%)	342/402 (85%)	179/220 (80%)
3	9	31/40 (78%)	12/37 (32%)	152/244 (62%)	144/208 (70%)
4	12	104/104 (100%)	10/99 (10%)	891/993 (89%)	483/508 (95%)
5	12	112/112(100%)	13/105 (12%)	262/305 (85%)	194/202 (91%)
6	11	98/101 (97%)	2/98 (02%)	416/442 (94%)	254/358 (71%)
7	12	98/98 (100%)	9/88 (10%)	662/683 (98%)	389/402 (97%)

Сводный отчет по Индикаторам Раннего Предупреждения лекарственно-устойчивого ВИЧ

Индикатор Раннего Предупреждения	Цель Индикатора Раннего Предупреждения	Число объектов соответствующих цели индикатора (% объектов соответствующих цели) N=154 объектов АРТ
масштабы безрецептурного обеспечения АРВ препаратами	100% (2007)	149/154 (96,7%)
создающих назначенных схем АРВ	100% (январь-март 2008)	146/154 (94,8%)
входящих АРВ терапию препаратами 1 ряда и не проходящих лечение на протяжении 12 месяцев	≤ 20% (ноябрь-август 2008)	151/154 (98%)
входящих АРТ и своевременно посещающих врача	≥ 80% (2 приема после июня 2007)	145/154 (94,1%)
входящих АРТ и своевременно получающих все АРВ препараты	≥ 90% (2 получения после июля appointments 2007)	90/154 (58,7%)

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, основой для мероприятий по ограничению резистентности является сбор региональных данных по индикаторам раннего предупреждения лекарственной устойчивости. В качестве индикаторов раннего предупреждения ВОЗ рекомендует использовать следующие ключевые показатели:

- % пациентов, начавших АРТ и получивших подходящую схему лечения препаратами первого ряда за определенный период времени, или
- % пациентов, которым была назначена АРТ за определенный период времени и которые получили подходящую схему лечения
Рекомендуемая цель: 100%
- % пациентов, не проходящих последующее наблюдение на протяжении первых 12 месяцев АРТ
- % пациентов, не проходящих последующее наблюдение на протяжении первых 12 месяцев после начала АРТ за определенный период времени
Рекомендуемая цель: < 20%
- % пациентов, начавших АРТ за определенный период времени, которые получают подходящее АРВ-лечение препаратами первого ряда спустя 12 месяцев
Рекомендуемая цель: > 70%
- % пациентов, своевременно получающих АРВ-препараты (до того момента, как закончатся предыдущие препараты)
Рекомендуемая цель : > 90%

- % пациентов, получающих АРВ-препараты, которые своевременно посещают врача (в течение 7 дней от назначенного приема)

Рекомендуемая цель: > 80%

- Перерывы, замены и переходы в АРВ-терапии в связи с нехваткой АРВ-препаратов за определенный период времени

Рекомендуемая цель: 0%

- % месяцев бесперебойного обеспечения АРВ-препаратами в году

Рекомендуемая цель: 100%

По мнению экспертов ВОЗ, при отсутствии надежной информации по перечисленным индикаторам раннего предупреждения, генотипирование имеет ограниченную сферу использования и низкую информационную ценность в обосновании выбора мероприятий, необходимых для ограничения резистентности к АРВ-препаратам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значение мультипрофессионального подхода в обеспечении привлечения и удержания пациентов в режиме диспансерного наблюдения, роль специалистов команд, обеспечивающих приверженность пациентов лечению ВИЧ-инфекции, требуют особого внимания к поддержанию психологической стабильности и работоспособности сотрудников.

Среди тех, кто работает с уязвимыми группами населения (потребителями инъекционных наркотиков, людьми, оказывающими сексуальные услуги за деньги, заключенными), людьми, живущими с ВИЧ, обнаруживается высокий уровень стресса.

Напряжение, связанное с работой, во многих случаях приводит к такому явлению, как синдром выгорания. Его характерными особенностями являются: чувство напряжения, беспокойство, усталость, эмоциональное, умственное, физическое истощение, снижение или утрата чувства удовлетворения от работы, неверие в собственные силы, пессимизм. Это представляет собой реакцию на ситуацию постоянного эмоционального напряжения от работы с другими людьми, особенно с теми, кто находится в тяжелом положении и постоянно сталкивается с трудностями.

Для уменьшения неблагоприятного влияния особенностей профессиональной деятельности целесообразно предусмотреть возможность развития знаний, навыков, умений. При этом велика роль не только взаимообучения сотрудников, но и предоставления возможности консультаций с более опытными коллегами, улучшения условий труда, совершенствования навыков общения, умения обсуждать спорные вопросы, принимать критические замечания и высказывать их.

Многое зависит от самих членов команд, их владения навыками саморегуляции, релаксации. В практику работы коллективов должна быть внедрена система психологической разгрузки, когда сотрудникам предоставляется возможность уменьшить напряжение, накопленное в течение рабочего дня.

Основными участниками терапевтического процесса при ВИЧ-инфекции являются пациент и члены мультидисциплинарной команды. В той же степени, в которой наш профессиональный интерес сосредоточен на пациенте и его ситуации, внимание и поддержка должны оказываться профессионалам, вовлеченным в процесс оказания помощи. Соблюдение этого условия служит залогом успеха работы.

Особое внимание при оценке эффективности программ формирования приверженности антиретровирусной терапии и ограничения резистентности ВИЧ следует уделять возможностям региональной системы мониторинга по сбору данных в соответствии с индикаторами раннего предупреждения лекарственной устойчивости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. Москва, 2003. – 77 с.
2. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции //М.: Медицина для Вас, 2005. – 52 с.
3. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД./ Под ред. В.В. Покровского. Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Практика совместного консультирования и лечения./Руководство под редакцией Д.В. Островского. РОО «СПИД инфосвязь», 2005. – 212 с.
5. Bartlett J.G. 2005-6 Guide to Medical care of patients with HIV-infection 12th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – 308 p.

Объем диспансерного наблюдения на различных стадиях ВИЧ-инфекции

После обнаружения ВИЧ-серопозитивности обследуемым лицам рекомендуется стать на диспансерный учет в Центре профилактики и борьбы со СПИДом, где им устанавливается клинический диагноз ВИЧ-инфекции. Независимо от того, каким лечебным учреждением был выявлен человек, зараженный ВИЧ, наблюдение осуществляют по месту его проживания. На многих территориях в настоящее время ВИЧ-позитивные пациенты наблюдаются по месту прописки, так как на диспансерное наблюдение пациентов, прописанных на другой территории, финансирование не выделяется. Эта ситуация нуждается в изменении, т.к. проживающие на территории пациенты являются полноправными участниками эпидемиологического процесса и на них в полной мере должны распространяться профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение.

Диспансерное наблюдение при ВИЧ-инфекции направлено на оказание специализированной медицинской помощи, психологической поддержки, выявление признаков прогрессирования заболевания, своевременное назначение высокоактивной противоретровирусной терапии (ВААРТ), контроль качества ВААРТ, диагностики, профилактики и лечения оппортунистических инфекций.

Диспансерное наблюдение осуществляют городские, краевые или областные центры профилактики и борьбы со СПИДом, кабинеты инфекционных заболеваний, ЛПУ (лечебно-профилактических учреждений) по месту проживания.

Правильно организованное диспансерное наблюдение должно обеспечить выполнение следующих задач:

1. Выявление и лечение имеющихся у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции.
2. Максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции и своевременное назначение специфической терапии.
3. Обеспечение больному ВИЧ-инфекцией всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

Согласно действующему законодательству, *обследования пациентов в рамках диспансерного наблюдения должны проводиться с его добровольного информированного согласия* (см. приложения 6,7). Рекомендуется активное приглашение ВИЧ-позитивных лиц на периодические обследования, однако при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения.

При первичном обследовании проводится:

- Осмотр лечащего врача (консультирование, сбор анамнеза, полное физикальное обследование).
 - Регистрация вторичных заболеваний, их динамики, течения.
 - Регистрация сопутствующих заболеваний.
 - Оценка качества жизни по шкале Карновского.
 - Рентгенография грудной клетки (если не проводилась в течение последних 6 месяцев).
 - Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа) и почек.
 - ЭКГ.
 - Консультация окулиста (глазное дно).
 - Консультация оториноларинголога (исследование слуха).
 - Консультация невропатолога.
 - Консультация стоматолога.
 - У женщин – консультация гинеколога.
 - Консультация дерматовенеролога при наличии показаний.
 - Консультация нарколога, психиатра при наличии показаний.
- Исследование сыворотки или плазмы крови на антитела к ВИЧ методами твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). При получении положительного результата повторное обследование в реакции иммунного блота осуществляется только, если ранее это исследование не проводилось или его результаты вызывали сомнения.
- Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ).
- Биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, аланиновая аминотрансфераза – АЛТ, аспарагиновая аминотрансфераза – АСТ, щелочная фосфатаза – ЩФ, лактатдегидрогеназа – ЛДГ, билирубин и его фракции, креатинин-фосфокиназа – КФК, амилаза или липаза, глюкоза).
- Общий анализ мочи.
- Исследования на маркеры вирусных гепатитов В и С.
- Серологическое исследование на маркеры сифилиса.
- Иммунологическое обследование (определение уровня CD4 и CD8-лимфоцитов с использованием проточной цитометрии, моноклональных антител).
- Определение уровня РНК ВИЧ в крови (если имеется такая возможность).

По усмотрению лечащего врача при наличии дополнительных показаний могут проводиться другие исследования.

В дальнейшем больному проводятся повторные плановые обследования, целью которых является своевременное выявление показаний для начала противоретровирусной терапии, а если она уже проводится, то для ее коррекции.

Частота плановых обследований пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ВИЧ-инфекции, зависит от стадии заболевания и уровня CD4-лимфоцитов в крови.

Плановые обследования больных в стадии 3 при количестве CD4-лимфоцитов более $1,0 \times 10^9/\text{л}$ проводят 1 раз в 48 недель; в стадии 3 или 4А в фазе ремиссии при количестве CD4-лимфоцитов от 0,5 до $0,75 \times 10^9/\text{л}$ через 24 недели. Больных, находящихся на более поздних стадиях ВИЧ-инфекции или при наличии числа CD4-лимфоцитов менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$ 1 раз в 12 недель.

Внеплановые обследования проводятся при появлении признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции или развитии сопутствующих заболеваний.

Консультации специалистов при диспансерном наблюдении пациентов с ВИЧ-инфекцией проводятся в следующем режиме:

- Прием врача-невролога осуществляется на стадии 4Б, 4В или при количестве CD4 менее $0,2 \times 10^9/\text{л}$ каждые 24 недели. На других стадиях или при количестве CD4-лимфоцитов более $0,2 \times 10^9/\text{л}$ – каждые 48 недель.
- Прием врача-гинеколога на стадии 3 при уровне CD4-лимфоцитов $0,5 \times 10^9/\text{л}$ и более или на стадии 4А в фазе ремиссии при уровне CD4-лимфоцитов $0,5 \times 10^9/\text{л}$ и более – каждые 48 недель. В остальных случаях – каждые 24 недели.
- Прием врача-офтальмолога на стадии 4В или при количестве CD4 менее $0,2 \times 10^9/\text{л}$ каждые 24 недели. На других стадиях или при CD4 более $0,2 \times 10^9/\text{л}$ – каждые 48 недель.
- Прием врача-стоматолога осуществляется каждые 48 недель.

Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении ВИЧ-инфицированных пациентов на стадии 3, 4А, 4Б в фазе ремиссии при уровне CD4-лимфоцитов $0,2 \times 10^9/\text{л}$ и более проводятся каждые 48 недель. В остальных случаях – каждые 24 недели. Инструментальные исследования включают:

- Рентгенографию органов грудной клетки.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза.
- Электрокардиографическое исследование (ЭКГ). Проводится раз в 1 год.

Порядок проведения лабораторных исследований при диспансерном наблюдении больных ВИЧ-инфекцией

ОБСЛЕДОВАНИЕ	КРАТНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ (недель)		
	Стадия 3, CD4 > 1,0 × 10 ⁹ /л	Стадия 3, 4А в фазе ремиссии, CD4 0,5-1,0 × 10 ⁹ /л	Другие стадии или CD4 < 0,5 × 10 ⁹ /л
Определение абсолютного и процентного уровня лимфоцитов CD4 и CD8	48 недель	24 недели	12 недель
Определение уровня РНК ВИЧ в сыворотке крови	48 недель	48 недель	48 недель
Общий (клинический) анализ крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, подсчет лейкоцитарной формулы)	48 недель	24 недели	12 недель
Анализ крови биохимический расширенный (общий белок, альбумин, креатинин, аспарат трансаминаза, аланин-трансаминаза, общий билирубин, глюкоза, лактатдегидрогеназа, глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, холестерин, нейтральные жиры и триглицериды, амилаза или липаза)	48 недель	48 недель	48 недель
Анализ крови биохимический сокращенный (аспарат-трансаминаза, аланин-трансаминаза)	24 недели	24 недели	24 недели
Общий анализ мочи	48 недель	48 недель	48 недель
Серологическое исследование на вирусный гепатит В (HBSAg)	48 недель	48 недель	48 недель
Серологическое исследование на вирусный гепатит С (HCV IgG)	48 недель	48 недель	48 недель
Серологическое исследование на сифилис	48 недель	48 недель	48 недель
Проба Манту	48 недель	48 недель	48 недель

Порядок проведения лабораторных исследований при проведении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПРИЕМЕ ВААРТ	КРАТНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ (неделя)
Определение абсолютного и процентного уровня CD4-лимфоцитов	12 недель
Определение уровня РНК ВИЧ в сыворотке крови	12 недель
Общий (клинический) анализ крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, подсчет лейкоцитарной формулы)	12 недель
Анализ крови биохимический расширенный (общий белок, альбумин, креатинин, аспарат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, общий билирубин, глюкоза, лактатдегидрогеназа, глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, холестерин, нейтральные жиры и триглицериды, амилаза или липаза)	48 недель
Анализ крови биохимический сокращенный (креатинин, аспарат-трансаминаза, аланин-трансаминаза)	12 недели
Общий анализ мочи	24 недели
Серологическое исследование на вирусный гепатит В (HBSAg)	48 недель
Серологическое исследование на вирусный гепатит С (HCV IgG)	48 недель
Серологическое исследование на сифилис	48 недель
Проба Манту	48 недель

Образец информированного согласия при оказании медицинской помощи

Бланк заполняется и клеивается в историю болезни (амбулаторную карту) до начала лечения.

Пациенту предоставлена подробная информация о состоянии его здоровья, в том числе:

- Разъяснения по диагнозу и прогнозу (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения);
- Методы лечения и связанные с ними риски;
- Возможные варианты медицинского вмешательства и их последствия.

Все положения врачом разъяснены и пациенту понятны.

Пациент предупрежден, что могут потребоваться дополнительные методы диагностики и лечения.

Пациент с предложенным планом обследования и лечения согласен.

Пациент от предложенного плана обследования и лечения отказался.
(ненужное зачеркнуть)

« _____ » _____ 200__ г.

(подпись пациента или его законного представителя)

(печать и подпись лечащего врача)

Образец подтверждения информирования при оказании медицинской помощи

Бланк заполняется и клеивается в историю болезни (амбулаторную карту) после эпикриза.

Пациенту предоставлена подробная информация о результатах проведенного обследования и лечения. Все положения врачом разъяснены и пациенту понятны.

« _____ » _____ 200__ г.

(подпись пациента или его законного представителя)

(печать и подпись лечащего врача)

Форма информированного согласия на проведение антиретровирусной терапии

Формы информированного согласия подписываются пациентом (за детей и лиц, признанных недееспособными, одним из их родителей или опекунов).

Информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии

Я _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение прогрессирования имеющегося у меня заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему мне необходимо проведение этого лечения, что мне разъяснено действие назначаемых мне препаратов. Что я ознакомился(ась) с информационными листами, в которых описано действие, особенности приема и побочные эффекты назначенных мне препаратов.

Я проинформирован(а), что:

- Назначенные мне препараты не способны полностью уничтожить находящийся в моем организме вирус иммунодефицита человека и полностью излечить меня или сделать не заразным(ой). Однако они должны подавлять размножение вируса в моем организме и сдерживать дальнейшее развитие болезни.
- Лечение может быть успешным, только если я буду соблюдать режим приема препаратов.
- Что, тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии, что проводимая терапия будет успешной, нет. Однако, если назначенное мне лечение не будет проводиться, заболевание будет прогрессировать быстрее.
- Все назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России.
- Как и любые лекарственные средства, назначенные мне препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, сведения о которых приведены в информационном листке, с которым я ознакомился(ась).
- Если вследствие проведения лечения возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирован(а) об этом.
- Схема проводимого мне лечения может быть изменена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения.

• Назначенное мне лечение может в любой момент быть прекращено по моему желанию.

Я обязуюсь:

• Проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь и мочу.

• Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.

• Сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам.

• Сообщать лечащему врачу (или лицу, его замещающему) о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.

• Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом (или лицом, его замещающим), какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать о том, что эти препараты принимались, лечащему врачу.

Подпись пациента _____

Дата: _____

Врач _____

Дата: _____

(ФИО, разборчиво)

(подпись)

Упрощенный вопросник для оценки точности соблюдения режима приема препарата (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ)

Ф.И.О. _____

Номер визита _____ 2–3–4 _____ Дата _____

ВОПРОС	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
1. Забываете ли Вы когда-либо принять назначенное Вам лекарство?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
2. Бываете ли Вы иногда невнимательны в отношении приема лекарства?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
3. Прекращаете ли Вы принимать лекарства, если вдруг почувствуете себя хуже?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
4. Вспомните прошедшую неделю. Сколько раз Вы не принимали лекарство?	1 раз <input type="checkbox"/> 2 раза <input type="checkbox"/> 3 раза <input type="checkbox"/> 4 раза <input type="checkbox"/> больше 4 раз <input type="checkbox"/>
5. Не пропускали ли Вы прием какого-либо из назначенных Вам лекарств в течение последних выходных дней?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
6. Сколько было таких дней за последний месяц, когда Вы не принимали вообще никаких лекарств?	1 день <input type="checkbox"/> 2 дня <input type="checkbox"/> 3 дня <input type="checkbox"/>

Для визита 4 вопрос № 6 касается 3 месяцев лечения

6. Сколько было таких дней за последние 3 месяца, когда Вы не принимали вообще никаких лекарств?	1 день <input type="checkbox"/> 2 дня <input type="checkbox"/> 3 дня <input type="checkbox"/> 4 дня <input type="checkbox"/> 5 дней <input type="checkbox"/> больше 5 дней <input type="checkbox"/>
--	--

ДЛЯ ЗАМЕТОК



ОИЗ
УКЦ



Москва
2009