

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.Б. Ларин, Ю.А. Тюков

Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

Проанализирован уровень и тенденции распространенности ВИЧ-инфицированности в современных условиях, представлены результаты влияния медико-социальных факторов на приверженность лечению инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) с вторичными заболеваниями. Проведен анализ изменения приверженности лечению в разные периоды развития основного и вторичных заболеваний, результатов диспансерного наблюдения в специализированном центре. Полученные данные использованы для повышения эффективности и качества медицинской помощи инфицированным ВИЧ.

Ключевые слова: распространенность ВИЧ-инфекции, вторичные заболевания ВИЧ-инфицированных, приверженность лечению.

Актуальность. По материалам Федерального Центра СПИД в целом следует рассматривать эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции как стабильно ухудшающуюся. В 2010 году в России выявлено столько же случаев ВИЧ-инфекции, сколько в 2009 году, что свидетельствует о продолжающемся распространении ВИЧ.

Число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Российской Федерации по данным на 1 марта 2011 года составило 589,6 тыс. человек. Умерли от ВИЧ-инфекции 66,6 тыс. больных, в том числе на стадии СПИДа – 11 тыс. человек. В 2010 году по показателю первичной заболеваемости Челябинская область занимала четырнадцатое место – 56,5 случаев на 100 тысяч населения, по распространенности – девятое, с уровнем 631,2 случаев на 100 тысяч населения [3].

Следует особо подчеркнуть, что ежегодно количество больных, доживших до поздних стадий ВИЧ-инфекции, с тяжелыми вторичными (оппортунистическими) заболеваниями увеличивается на 2–3 %.

Выходу на инвалидность пациентов трудоспособного возраста и дальнейшей их гибели от вторичных заболеваний может препятствовать применение современной медикаментозной терапии, которая обеспечивает продолжение жизни при условии постоянного и неопределенно долгого приема лекарств [2].

Цель исследования – оценить социальные, медицинские и психологические аспекты приверженности к лечению инфицированных ВИЧ с вторичными заболеваниями.

Материалы и методы. Объектом исследования явились ВИЧ-инфицированные пациенты, медицинские работники лечебно-профилактических

учреждений службы по профилактике и борьбе со СПИДом в Челябинской области, организация медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным.

При проведении исследования использовался комплекс методов: социологический, социально-гигиенический, экспертных оценок, психологический и математико-статистический.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ социального статуса ВИЧ-инфицированных в зависимости от стадии заболевания. В основу деления по стадиям была положена клиническая классификация ВИЧ-инфекции академика В.И. Покровского в редакции 2001 года [1].

В зависимости от наличия или отсутствия вторичных заболеваний были сформированы две группы пациентов:

- инфицированные ВИЧ, не имеющие вторичных заболеваний и находящиеся на I–III стадиях болезни;
- инфицированные ВИЧ, имеющие вторичную патологию и находящиеся преимущественно на IV стадии развития заболевания.

В результате анализа профессиональной занятости ВИЧ-инфицированных установлено, что в 52,0 % случаев больные с начальными стадиями патологического процесса имеют постоянную работу, среди инфицированных с поздними стадиями заболевания постоянная работа есть только у каждого пятого, а временную работу они имеют уже в 1,5 раза реже, чем пациенты с I–III стадиями болезни, что характеризует негативное влияние поздних стадий развития болезни у инфицированных ВИЧ на их трудоспособность.

По этой причине среднемесячный доход у респондентов с поздними стадиями инфекции значи-

тельно ниже. Так, пациенты, живущие ниже прожиточного минимума, среди лиц с вторичными заболеваниями встречаются в два раза чаще. Также в группе с вторичной патологией респондентов с доходом на уровне прожиточного минимума в 2,5 раза больше, чем респондентов, находящихся на начальных стадиях болезни. У трети инфицированных IV стадией доход не превышает величину двух прожиточных минимумов.

При исследовании вопроса распространённости вредных привычек и наркологической патологии было установлено, что среди респондентов обеих групп после инфицирования ни один не отказался от своих вредных привычек и только 16,0 % респондентов отрицают их наличие. Почти каждый второй респондент имеет сочетание нескольких вредных привычек. На момент проведения анкетирования наркотики продолжают принимать 12,3 % респондентов из числа больных с ранними стадиями инфекции и 7,5 % респондентов из числа больных – с вторичной патологией.

Желание скрыть свои проблемы, обусловленные ВИЧ-инфицированием, может служить косвенным доказательством их социальной дезадаптации.

В результате проведенного исследования выявлены значительные гендерные различия в степени информированности родных об инфицировании респондентов обеих групп. Так, подавляющее большинство мужчин не скрывали от родных свою проблему (68,4 %), а в аналогичной ситуации респонденты-женщины информировали родных всего в 39,5 % случаев. Такие отличия имеют весьма объективные причины, поскольку о диагнозе каждой пятой женщины и 16,7 % мужчин окружающие узнали помимо их воли и в каждом десятом случае это произошло при участии медицинского работника. Причём у половины мужчин и у 39,2 % женщин отношения в семье сразу стали напряженными. У трети респондентов возникли ограничения в общении с друзьями и родственниками, а 18,7 % мужчин и 31,6 % женщин вообще были вынуждены прекратить общение с прежним кругом знакомых.

Инфицирование ВИЧ привело к серьёзным ограничениям в качестве жизни респондентов. Так, подавляющему большинству (67,5 % мужчин и 75,8 % женщин) респондентов пришлось отказаться от своих увлечений, изменить своим прежним интересам: занятием спортом и туризмом, посещением саун, маникюрных салонов и др. В повседневной жизни 24,5 % женщин и 22,2 % мужчин уже столкнулись с дискриминацией на почве ВИЧ-инфицированности. Наиболее часто это происходит при получении медицинской помощи – в 69,4 % случаев всех нарушений прав у мужчин и в 73,6 % случаев у женщин, а также при медицинском освидетельствовании (15,5 % у мужчин и 12,3 % у женщин).

По материалам анкетирования затруднения

в получении медицинской помощи возникают наиболее часто при обращении к врачам хирургического профиля – 58,6 % у больных с поздними стадиями болезни и 50,8 % с ранними стадиями болезни. При обращении к врачам терапевтического профиля проблемы возникают существенно реже – в 28,4 и 22,0 % случаев соответственно. Врачи педиатрического профиля занимают третье место по частоте их упоминания респондентами в негативном ключе.

Отношение среднего медицинского персонала к ВИЧ-инфицированным пациентам в целом более толерантное, чем у врачей. В результате совокупности имевшихся проблем только 37,7 % опрошенных с поздними стадиями и 56,4 % с ранними стадиями ВИЧ-инфекции обращаются за медицинской помощью регулярно и своевременно.

Среди причин низкой приверженности лечению на первое место ВИЧ-инфицированные поставили невозможность приобретения назначенных им медикаментов.

Около 80,2 % респондентов нерегулярно проходят диспансерный осмотр и получают лечение по поводу основного заболевания только при госпитализации в стационар. В целом бесплатную медикаментозную терапию, в соответствии с назначенным планом лечения основного заболевания, получают меньше половины опрошенных, а все необходимые медикаменты для лечения вторичных заболеваний бесплатно получают всего 45,6 и 43,4 % больных соответственно.

Установлено, что пациенты, вынужденные приобретать медикаменты за свой счёт, расходуют на это значительную часть своих доходов. Так, основная часть пациентов с поздними стадиями инфекции (62,8 %) тратят на медикаменты до четверти прожиточного минимума. Если учесть, что 32,3 % из них имеют среднемесячный доход до 1 прожиточного минимума, то эти расходы для них становятся роковыми: не хватает средств на базовые жизненные потребности. Это, в свою очередь, косвенно отрицательно сказывается на течении ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний.

2000 год можно считать начальной точкой эпидемии ВИЧ-инфекции в Челябинской области. Уже за первый год эпидемии численность зарегистрированных вновь выявленных ВИЧ-инфицированных возросла почти в 20 раз и достигла цифры свыше 3700 случаев. Максимум выявляемости новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на 2001 год, когда этот уровень достиг 5034 случаев (первичная заболеваемость 143,3 на 100 тыс. населения). Начиная с 2003 года, численность вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции стабилизировалась на величине, уступающей максимуму примерно втрое.

Распространённость ВИЧ-инфекции достоверно выросла со 112,4 на 100 тыс. населения в 2000 году до 447,7 на 100 тыс. населения в 2009 году. Наиболее динамичный рост происходил

с 2000 по 2004 год, а затем наступила стабилизация данного показателя.

Первичная заболеваемость вторичными болезнями за годы исследования выросла почти в 3,5 раза, с 8,7 случаев на 1000 в 2000 году до 30,6 на 1000 человек в 2009 году.

Основную массу ВИЧ-инфицированных на протяжении всего периода исследования составляют лица в возрасте с 20–29 лет, (68,4 % среди лиц с начальными проявлениями ВИЧ-инфекции и 38,6 % среди больных с вторичными проявлениями). На втором месте со значительным отставанием находятся лица следующего десятилетнего возрастного периода – 23,5 и 39,7 % соответственно сравниваемых групп. В возрасте старше 40 лет доля ВИЧ-инфицированных с вторичными проявлениями превосходит сравниваемую группу в 9 раз. В возрасте до 19 лет доля больных с I и II стадиями в два раза выше, чем у лиц с вторичными проявлениями болезни. В целом же следует отметить, что возрастная структура ВИЧ-инфицированных с вторичными проявлениями смещена в сторону старших возрастов.

В ситуации с ВИЧ-инфекцией выявление заболевания на ранних стадиях даёт более оптимистичный медицинский прогноз и снижает расходы на лечение вторичных заболеваний. С этой целью была исследована структура ВИЧ-инфицированных по стадиям развития инфекции. В начальный период эпидемии – с 2000 по 2004 год подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных имели заболевание на стадии первичных проявлений – от 70,6 до 85,9 %. Но с 2005 года началось резкое снижение удельного веса ВИЧ-инфицированных данной стадии, с 15,6 до 1,0 % в 2008 и 2009 годах. Отчасти этот процесс носит объективный характер, обусловленный накоплением ВИЧ-инфицированных с большим стажем инфекции.

На заключительном этапе исследования был проведен анализ кадрового потенциала службы по профилактике и борьбе со СПИДом для выявления проблем, влияющих на приверженность лечению ВИЧ-инфицированных.

При оценке мнения врачей о степени приверженности лечению ВИЧ-инфицированных с вторичными заболеваниями было установлено, что все без исключения врачи отмечают её низкий уровень. Причинами низкой приверженности лечению по мнению 33,5 % опрошенных являются особенности личности самих больных, под которыми подразумевается склонность к асоциальному поведению и собственная неорганизованность. Близки к данному мнению ещё 25,5 % врачей, которые больше склонны видеть причину низкой приверженности лечению в образе жизни данных пациентов: регулярные запои, наркотические опьянения и абстиненция срывают схемы лечения или отвлекают от необходимости лечения. Каждый

десятый врач считает, что низкая приверженность лечению обусловлена недостаточной обеспеченностью лекарствами ВИЧ-инфицированных с вторичными заболеваниями в период их амбулаторного лечения или вторичной профилактики. Для 5,4 % случаев причина в территориальной отдалённости специализированного лечебно-профилактического учреждения от места проживания ВИЧ-инфицированных. И интегральной причиной низкой приверженности лечению, детерминированной всеми выше указанными причинами, по мнению 27,6 % опрошенных, является сформировавшееся равнодушие или безразличие к собственному исходу.

По мнению 41,4 % респондентов назрела необходимость радикальной реструктуризации системы организации помощи ВИЧ-инфицированным в Челябинской области – создание юридически обособленной службы – областного и городского Центров по профилактике и борьбе со СПИДом, что позволит оптимизировать вопросы лечения и обеспечения дольных лекарственных препаратами.

Заключение. Прогрессирование ВИЧ-инфекции до стадии вторичных заболеваний ухудшает социальные характеристики больных. Пациенты с поздними стадиями ВИЧ-инфекции отличаются низкой приверженностью лечению, ведущими причинами которой являются: невозможность приобретения назначенных им медикаментов, нежелание лишиться раз обсуждать своё неизлечимое заболевание, убежденность в безысходности своего положения, труднодоступность врачебного приема, этические проблемы во взаимоотношении с медицинским персоналом.

В целях повышения приверженности медикаментозному лечению необходимо применение программ социальной адаптации с привлечением мультипрофессиональной команды с участием психолога и юриста. Необходимым является создание Центра СПИД в форме юридического лица с централизацией всех аспектов оказания помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Литература

1. *Инфекционные болезни и эпидемиология* / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 463–464.
2. *Мониторинг ВИЧ-инфекции в Москве и Московской области в 1999–2003 годах* / Л.П. Трубочнинова, Н.И. Ильина, Г.О. Гудима и др. // *Материалы Междунар. науч.-практ. конф. по вопросам ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов, 29 сентября – 1 октября 2004 г., Суздаль.* – М., 2004. – С. 18–19.
3. *Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция* / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Буравцова // *Информационный бюллетень.* – 2010. – № 34. – С. 46–52.

Поступила в редакцию 22 сентября 2011 г.