

В. В. Беляева



ОТКРЫТЫЙ
ИНСТИТУТ
ЗДОРОВЬЯ

www.ohi.ru

Рекомендации для медицинских сестер по повышению приверженности пациентов антиретровирусной терапии

В.В. Беляева

**Рекомендации
для медицинских сестер
по повышению приверженности
пациентов антиретровирусной терапии**

Москва

2008

Автор:

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

Рекомендации для медицинских сестер по повышению приверженности пациентов антиретровирусной терапии. — Москва, 2008. — 60 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
1. Консультирование как современный метод оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции	7
1.1. Традиционная и современная модели оказания медицинской помощи	7
1.2. Принцип информированного согласия	8
1.3. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции как технология информирования и поддержки	10
1.4. Виды консультирования при ВИЧ-инфекции	13
2. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции как медицинская коммуникация	15
2.1. Навыки консультирования	17
2.1.1. Слушание	17
2.1.2. Задавание вопросов	18
2.2. Изменение поведения и приверженность лечению ВИЧ-инфекции	21
3. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции	23
3.1. Общие сведения	23
3.2. Рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции	24
3.2.1. Основное действие АРВ-терапии	24
3.2.2. Начало лечения	26
3.2.3. Составление схемы лечения	28
3.2.4. Трудности проведения АРВ-терапии	30
3.2.5. Помощь при развитии побочных явлений	32
3.2.5.1. Желудочно-кишечные нарушения	32
3.2.5.2. Нарушения со стороны ЦНС	34
3.2.5.3. Периферическая полинейропатия	34
3.2.5.4. Нарушение функции почек	35
3.2.5.5. Гепатотоксичность	35
3.2.5.6. Анемия и лейкопения	36
3.2.6. Оценка эффективности АРВТ	36
4. Консультирование как технология формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции	38

4.1. Консультирование по вопросам приверженности терапии ВИЧ-инфекции	38
4.2. Формирование приверженности АРВТ пациентов, зависимых от наркотиков	41
4.3. Роль медицинской сестры в формировании приверженности лечению	45
4.4. Осуществление контроля приверженности	47
Заключение	49
Список сокращений	51
Список литературы	52
Приложения	54
1. Российская классификация ВИЧ-инфекции	54
2. Образец информированного согласия при оказании медицинской помощи	56
3. Образец подтверждения информирования при оказании медицинской помощи	57
4. Форма информированного согласия на проведение антиретровирусной терапии	58
5. Упрощенный вопросник для оценки точности соблюдения режима приема препаратов	60

Введение

Рекомендации для медицинских сестер по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии посвящены описанию комплексного подхода к оказанию помощи при ВИЧ-инфекции. Обеспечение приверженности лечению этого заболевания представляет собой сложную задачу, которая может быть решена только согласованными усилиями врачей различных специальностей, медицинских сестер, специалистов по социальной работе, равных консультантов, священнослужителей.

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. Доступность лечения должна быть обеспечена 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.

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

Задача формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции не может быть решена без привлечения к этой работе специалистов сестринского дела. Несбалансированность медицинских кадров врачей и медицинских работников среднего звена составляет 1:2,5 вместо 1:5, что сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями:

- увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом;

- принижением роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки.

Повышение спроса на медицинские услуги происходит на фоне все возрастающего дефицита ресурсов, в то время как медицинские сестры являются самой многочисленной и наиболее близкой пациентам группой медицинских работников. Патриархальная модель, рассматривающая медицинских сестер как помощников врачей, работающих под контролем и по указаниям, существенно ограничивает профессиональные возможности этих специалистов. По современным представлениям, ответственность медицинских сестер включает аспекты содействия укреплению здоровья, профилактики заболеваний, восстановления здоровья и облегчения страданий. До настоящего времени вопросы профилактики ВИЧ-инфекции в сестринском деле рассматривались преимущественно с позиций проблемы сестринского ухода за пациентами. Большое внимание уделялось защите медицинского персонала и предотвращения передачи вируса в лечебно-профилактических учреждениях. В то же время зарубежные исследователи отмечают большую роль среднего и младшего медицинского персонала в проведении консультирования по профилактике этого заболевания при обследовании на ВИЧ.

Медицинские сестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции.

Система оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции должна стать привлекательной для пациентов, т. е. способной привлекать и удерживать их на время, необходимое для достижения значимого терапевтического эффекта. Принципиальная невозможность использования «силовых» методов в организации диспансерного наблюдения диктует необходимость разработки *стратегии такого взаимодействия с пациентом и его окружением, которая позволила бы решать задачи диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции.*

В рекомендациях обосновывается современный, пациент-центрированный подход к формированию приверженности пациентов к АРВТ, который заключается в осуществлении консультирования

по вопросам соблюдения режима лечения, осуществляемый в рамках мультипрофессионального подхода с участием медицинских сестер.

Рекомендации разработаны для специалистов сестринского дела, оказывающих медицинскую помощь при ВИЧ-инфекции.

1. Консультирование как современный метод оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции

1.1. Традиционная и современная модели оказания медицинской помощи

В рамках традиционного подхода в центре внимания специалистов оказываются те проблемы, которые связаны с диагностикой и лечением заболевания. Такой подход называют нозоцентрическим («ноз(о)» — составная часть слова, заимствованная из греческого, означающая «болезнь»). Он подразумевает оценку поведения, поступков, деятельности человека с позиций поиска и обнаружения отклонений от нормы, выявления симптомов болезни. При этом врач преимущественно сам определяет, в чем заключается благо (высшее, оптимальное) больного в той или другой клинической ситуации. Он же, врач, в основном сам принимает решения, касающиеся здоровья, благополучия, а в ряде случаев и жизни больного. В итоге почти вся ответственность падает на него.

Родительская забота медицинского работника о своем пациенте дала основание назвать такую модель взаимоотношений между ними *патернализмом* (от лат. «pater» — отец). Патернализм может проявляться сильно или слабо в зависимости от способности пациента принимать самостоятельные решения. Сильный патернализм отвергает даже те решения, которые пациент принял добровольно на основе достаточно полной информации о своем состоянии. Патернализм противоречит принципу уважения *автономии пациента*. Чрезмерная забота о пациенте, навязывание ему своего мнения не всегда морально оправданы.

В системе взаимоотношений медицинский работник — больной последнему принадлежит такая же важная роль, как и первому. В современной медицине слово «больной» в основном относится к людям, находящимся на стационарном лечении, и все чаще заменяется словом «пациент», означающим в переводе с латинского «страдающий», а в переводе с французского «терпеливый», «пассивный», «безучастный».

Однако далеко не все больные терпеливы и пассивны, безучастны в решении своей судьбы. При лечении ВИЧ-инфекции пациентам необходимо длительно, практически пожизненно принимать высокоактивную комбинированную антиретровирусную терапию. Комбинированным лечением ВИЧ-инфекции принято называть использование сочетания трех и более лекарственных препаратов. Кроме того, пациенты должны своевременно получать лечение сопутствующих и вторичных заболеваний, которые появляются на фоне сниженного иммунитета. Решение этой задачи невозможно осуществить в рамках традиционного подхода.

*В основе эффективной работы с пациентами лежит подход, при котором в центре внимания специалиста находится сам пациент. Это так называемый **пациент-центрированный подход**.*

При таком подходе 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» медицинских работников состоит в том, что пришло время лечиться, но у пациента может быть своя «правда», отличающаяся от «правды» врача и медицинской сестры. Большое количество психосоциальных проблем, наличие зависимости от наркотиков ограничивают их доступ к получению медицинской помощи и снижают возможность удержаться на лечении.

Однако медицинская сестра должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается так называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями.

Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

1.2. 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.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления ему адекватной информации.

В соответствии со ст. 31 Основ законодательства об охране здоровья граждан, каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья.

Информация о состоянии здоровья содержит:

- результаты обследования;
- сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
- сведения о методах лечения и связанном с ними риске;
- возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия;
- результаты проведенного лечения.

Добровольное согласие — принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом (приложение 2, 3, 4). Согласие на лечение, которое пациент дает после того, как получит информацию о состоянии своего здоровья, защищает самостоятельность или автономность пациента.

Принцип добровольного информированного согласия означает, что врач, медсестра, фельдшер или любой другой медицинский работник должен максимально полно информировать пациента, давать ему оптимальные советы, учитывая его возможности в общении и социальное положение.

Затем пациент свободно выбирает курс своих дальнейших действий, по его мнению, наиболее приемлемый и лучший. Может случиться, что его решение не станет наилучшим с точки зрения медицины. Пациент вообще может отказаться от лечения, и с этим теперь приходится считаться. Принудительное лечение социально опасных больных может осуществляться только по решению суда.

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

Информация, которую предоставляет медицинская сестра, о диагнозе, особенностях заболевания, обследования и лечения не может выходить за рамки, согласованные заранее с лечащим врачом. Это относится и к беседам с родственниками пациентов. Взгляды врача и медсестры на какие-то особенности ухода за больным могут не совпасть. Тогда нужно очень тактично обсудить спорные вопросы с врачом и принять согласованное решение.

ВИЧ-инфекция создала прецедент, когда для достижения устойчивого терапевтического результата пациентам необходимо длительное время принимать большое количество лекарств, соблюдая строго регламентированные предписания. Очевидно, что традиционно пассивная роль пациента не может обеспечить его адекватное участие в лечении, что требует от медицинских работников осознания партнерской роли пациента в лечебном процессе. Кроме того, пациент может плохо понимать полученные рекомендации, иметь собственные представления об эффективном и безопасном лечении, отрицать сам факт наличия заболевания в соответствии со своими механизмами психологической защиты.

1.3. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции как технология информирования и поддержки

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 личностных особенностей пациентов, в противном случае будет нарушен контакт, разрушена атмосфера доверия и взаимопонимания. А создание и поддержание такой атмосферы служит необходимым условием привлечения и удержания пациентов в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

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

Поэтому каждый медицинский работник должен задавать себе вопросы-индикаторы, которые помогают, в первую очередь, ему самому разобраться в том, сможет ли он или она работать эффективно с людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ):

Что я испытываю по отношению к людям, которые ведут себя иначе, чем я? По отношению к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, больным СПИДом? Испытываю ли я страх, смятение, брезгливость?

Могу ли я считать людей с рискованным поведением своими близкими, или я смотрю на них как на греховные и безнравственные создания?

Способен ли я сохранить понимание того, что передо мной находится личность, обладающая достоинством, если даже культурный уровень и образ жизни этого человека сильно отличаются от моих собственных?

Насколько я готов к тому, чтобы позволить моим пациентам принимать самостоятельные решения и в конечном итоге самим отвечать за свое благополучие?

Насколько я хочу влиять, управлять или господствовать над другими людьми?

Существуют ли в принципе такие категории людей, к которым я отношусь настолько неодобрительно, что не смог бы, пожалуй, обеспечить им профессиональную помощь?

Пациент, являющийся объектом сестринского процесса, — это прежде всего человек, личность, характеризующаяся определенными особенностями. *Способом реализации пациент-центрированного подхода является консультирование*, которое позволяет осуществлять поддержку пациентов и их близких.

Консультирование представляет собой диалог медицинского работника и пациента.

Эффективное консультирование основано на:

- **Информировании** по различным вопросам ВИЧ-инфекции;
- **Оказании психологической поддержки.**

Поддержка — одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений медицинского работника и пациента. Поддержка означает, что специалист стремится быть полезным больному. Поддержка не означает, что врач или медицинская сестра должны взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение больного: главные ресурсы скрыты в самом пациенте. Их использование станет возможным, если больной осознает: медицинские работники намерены помогать, а не заставлять.

Необходимо осознать, что *ВИЧ-инфекция — это болезнь, связанная с поведением человека, а процесс изменения поведения сложен*. Простые методы — запугать, изолировать, запретить — делу не помогут. Приходится учиться разговаривать на темы, связанные с ВИЧ-инфекцией; общаться и обсуждать; спрашивать согласия людей на обследование на ВИЧ-инфекцию, получать добровольное информированное согласие на лечение, учитывать психологические особенности и те изменения, которые это заболевание внесло в жизнь общества и отдельного человека.

Логично предположить, что путем *информирования* можно добиться положительных изменений на уровне представлений о ВИЧ-инфекции. В предоставлении информации нуждаются и люди, непосредственно затронутые проблемами ВИЧ-инфекции, и общество, включая самые различные его слои. Однако для того, чтобы информация была востребована и действительно изменяла поведение людей, *одного информирования недостаточно. Необходима психологическая поддержка*, которая позволяет уменьшить тревогу и страх и в конечном итоге воспользоваться полученной информацией и изменить поведение.

Информирование и психологическая поддержка работают только в режиме диалога, который разворачивается *не по вертикали, а по горизонтали*. Рекомендация медицинского работника: «Вам необходимо принимать лекарства для того, чтобы снизить количество вируса в крови и улучшить состояние иммунной системы» остается информацией. Она не отражает консультативный подход и не позволяет нам судить о том, изменит ли пациент свое поведение, будет ли принимать лекарства после этой информации, даже если ее повторять и приводить новые аргументы в пользу лечения.

Для консультирования необходимо выйти из режима монолога; идти от пациента, его понимания и готовности начать изменение поведения; спросить его, что он думает по поводу лечения, готов ли к нему.

Монолог медицинского работника, как бы ни был он профессионально безупречен и основан на желании помочь, останется выражением его собственного убеждения по отношению к тому, как, по его мнению, следует вести себя пациенту.

1.4. Виды консультирования при ВИЧ-инфекции

Консультирование при ВИЧ-инфекции развивается в России со времени появления первых случаев заболевания. Различают следующие разновидности консультирования:

- При обследовании на ВИЧ так называемое *до- и посттестовое консультирование*. Оно закреплено законодательно. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», который был принят Государственной Думой 30 марта 1995 г., гласит, что тестирование на наличие в крови антител к ВИЧ должно сопровождаться консультированием. То есть любой врач, назначивший своему пациенту анализ крови на антитела к ВИЧ, по закону должен провести консультирование.

- *Консультирование при диспансерном наблюдении* за пациентами, страдающими ВИЧ-инфекцией. Проводится на всех этапах жизни пациентов. Описаны наиболее уязвимые периоды их жизни, когда пациенты особенно нуждаются в информации и поддержке.

На первом периоде постановки диагноза ВИЧ-инфекции происходит социально-психологическая адаптация человека к новым для него условиям жизни. Консультирование позволяет установить доверительные отношения, которые служат обязательным условием поддержания длительного эффективного контакта с пациентами.

На втором этапе прогрессирования заболевания в клинической картине болезни начинают проявляться вторичные, так называемые оппортунистические заболевания. Их появление связано со снижением функции иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Происходит ухудшение соматического и психологического состояния больных, они могут нуждаться в стационарном лечении.

Третий чувствительный период наступает при завершении жизни пациентов. К сожалению, существующее лечение не позволяет полностью избавить организм человека от ВИЧ. В этот период жизни пациенты и их близкие особенно нуждаются в уходе, помощи и поддержке. В России развивается паллиативная помощь пациентам,

живущим с ВИЧ, и консультирование является основным методом общения с пациентами на этом этапе болезни.

- *Консультирование по вопросам лечения ВИЧ-инфекции* представляет собой важную задачу. Это связано с необходимостью длительного, практически пожизненного, приема большого количества лекарств. Этой разновидности консультирования и посвящены данные методические рекомендации. К этому же виду консультирования относится обсуждение вопросов, связанных с использованием нетрадиционных методов лечения ВИЧ-инфекции.

- Большое значение в практической работе с пациентами, живущими с ВИЧ, имеет *кризисное консультирование*. Наиболее яркий пример такого консультирования – сообщение положительного результата теста на ВИЧ. Однако в жизни пациентов на различных этапах течения болезни также возникают кризисные ситуации, поэтому владение навыками кризисного консультирования имеет большое значение для медицинских работников, позволяет им работать более эффективно.

- *Консультирование по вопросам жизненного сценария* является важной частью консультативной работы с пациентами. В процессе такого консультирования обсуждаются насущные жизненные задачи заключения брака, планирования рождения детей, работа и учеба, взаимоотношения с близкими.

- *Консультирование в различных целевых группах* учитывает особенности взаимодействия медицинских работников с потребителями наркотиков, женщинами, подростками.

- Помимо людей, живущих с ВИЧ, их родственников и близких, целевую группу для проведения консультирования представляют собой медицинские работники, оказывающие помощь при этом заболевании. Их профессиональная деятельность связана с длительным психоэмоциональным напряжением и может приводить к истощению ресурсов. Поэтому *консультирование по профилактике развития синдрома эмоционального выгорания* является актуальным и востребованным направлением консультативной работы.

При всем разнообразии видов консультирования можно отметить, что оно представляет собой *медицинскую коммуникацию*, взаимодействие между медицинским работником и пациентом. Это взаимодействие подчиняется определенным правилам.

2. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции как медицинская коммуникация

В процессе общения между медицинской сестрой и пациентом должен быть установлен психологический контакт. Пациент должен доверять медицинскому работнику, ощущать уверенность, что о нем позаботятся должным образом и на уровне, соответствующем достижениям современной медицины.

Передача информации в процессе общения осуществляется как *с помощью слов, т.е. вербально, так и без слов, невербально — с помощью жестов, мимики, походки, позы, интонации*. Невербальные сигналы позволяют понять истинные чувства и мысли собеседника. Огромное значение невербальных сигналов в общении подтверждается исследованиями, которые показали, что слова (которым мы придаем такое большое значение) раскрывают лишь 7% смысла, 38% значения несут звуки и интонации и 55 % — позы и жесты.

В невербальной коммуникации используются любые символы, кроме слов. Зачастую невербальная передача происходит одновременно с вербальной и может усиливать или изменять смысл слов. Обмен взглядами, выражение лица, например, улыбки, и выражение неодобрения, поднятые в недоумении брови, живой или остановившийся взгляд, взгляд с выражением одобрения или неодобрения — все это примеры невербальной коммуникации. Использование пальца как указующего перста, прикрывание рта рукой, прикосновение, вялая поза также относятся к невербальным способам передачи смысла информации.

Для практической деятельности медсестры важны следующие особенности *словесного общения*:

- Под *простотой общения* понимают краткость, законченность фраз, содержащих понятные слова. Медсестре необходимо помнить, что больному человеку бывает сложно оценить суть многословного сообщения и построить на его основе тактику своих дальнейших действий. С другой стороны, сжатая информация может потребовать ее неоднократного повторения или уточнения, поскольку при этом понимание может быть неполным. С особой осторожностью нужно подходить к использованию в общении с пациентом сокращений. При первой встрече с пациентом специальные термины лучше произносить полностью, и только в дальнейшем, когда у медсестры уже появится уверенность в том, что принятые сокращения правильно понимаются больным, можно начать их использовать.

- Критерий *ясности* информации предполагает, что после получения сообщения пациент может однозначно ответить на вопросы «что, как, сколько, где, когда, почему», касающиеся его дальнейших действий (будет ли он действовать в соответствии со своими ответами — другой вопрос). Использование слов «больше», «меньше», «чаще», «реже», «иногда», «мало», «много», «утром», «завтра», «ждите» и т. д. может приводить к утрате ясности сообщения.

- Большое значение имеет критерий *доверия*. На доверие пациента к медсестре влияют: отношение к ней других медицинских работников; знания медсестрой обсуждаемого предмета и одновременно понимание ею ограниченности своих познаний и умение признаться в этом. Сообщение, сделанное уверенным и решительным тоном, скорее вызовет доверие у пациента, чем переданное с нотками неуверенности в голосе. При этом важно избегать самоуверенных авторитарных суждений, соблюдать правило учета *индивидуальных особенностей пациента*.

- Залогом успешного консультирования является *соблюдение конфиденциальности отношений*. Консультирование невозможно, если пациент не доверяет медицинскому работнику. С пациентом нужно обязательно обсудить вопрос конфиденциальности.

Медицинский работник вправе использовать информацию о пациенте только в профессиональных целях и не имеет права распространять сведения о пациенте с другими намерениями.

Вся медицинская документация хранится в недоступных для посторонних местах. Результаты медицинских исследований по телефону не сообщаются.

Когда возникает необходимость поделиться полученными от пациента сведениями с его родителями, учителями, супругой/супругом, врач обязан поставить пациента в известность об этом. Если тот не возражает, то вопрос конфиденциальности из этического превращается в сугубо профессиональный. Если пациент возражает, то передача информации, содержащей врачебную тайну, регулируется законодательством России, в котором четко обозначены ситуации, когда сведения могут быть предоставлены без согласия пациента.

Оповещение супруга о наличии у партнера ВИЧ-инфекции без его разрешения является незаконным, и аргументы медицинских работ-

ников о необходимости такой «профилактики» не дают оснований для нарушения закона. В этих случаях с пациентами проводится консультирование, направленное на снижение риска передачи ВИЧ, сведения о проведенной работе заносятся в историю болезни пациента. Но решение о том, сообщать ли партнеру о наличии ВИЧ-инфекции, представляет собой *решение пациента и его ответственность*, что также регулируется законодательно.

2.1. Навыки консультирования

2.1.1. Слушание

К навыкам словесного общения, которыми должна владеть медсестра, можно отнести *искусство слушать*. Умение слушать, в отличие от способности просто слышать, предполагает наличие определенной дисциплины, требует определенных усилий.

- Будьте внимательны. Создайте атмосферу сопереживания. Если вы будете внимательны, чутки, сосредоточены, если будете смотреть на говорящего, он почувствует свою значимость и станет относиться к вам более позитивно.

- Проявляйте интерес к потребностям собеседника.

- Не задавайте слишком много вопросов.

- Не стоит использовать ничего не значащие «успокаивающие» фразы типа «ну, все это не так плохо», «завтра вам будет лучше», «все перемелется, не стоит так переживать», «нельзя все принимать так близко к сердцу, это все мелочи», «не надо делать из мухи слона».

- Не допускайте, чтобы собеседник «подцепил вас на крючок». Такое может случиться, если вы разозлитесь, обидитесь или выйдете из себя, позвольте себе вступить в перепалку, делать скоропалительные выводы или заведомо осуждать собеседника.

- Поощряйте говорящего с помощью таких междометий и слов, как «Угу», «М-да», «Понятно», «Да, верно», «Интересно!».

- Поощряйте говорящего с помощью кивка головой; соответствующего выражения лица; жестикуляции, непринужденных и естественных движений.

- Произнесите фразы поощрительного содержания, например: «расскажите мне...», «мне интересно было бы услышать, что вы об этом думаете», «давайте это обсудим».

- Не отвлекайтесь и не навязывайте своих советов.

Медицинским сестрам в силу специфики их профессии часто приходится вступать во взаимодействие с людьми, находящимися в состоянии сильного эмоционального возбуждения. В этом случае приемы активного слушания не срабатывают. Пациент не является собеседником в полном смысле этого слова, так как уже не контролирует собственные эмоции, не способен улавливать содержание разговора, да он и не старается это делать. Ему надо только одно — успокоиться, наладить самоконтроль; только тогда он будет слышать то, что ему говорит медицинский работник. В таких случаях эффективно *пассивное слушание*.

Если медицинская сестра имеет дело с человеком, находящимся в состоянии аффекта, сильного эмоционального возбуждения, его необходимо успокоить. Обычно человек в таком состоянии не очень хорошо контролирует свои эмоции и не очень хорошо понимает, что именно он говорит. В таких случаях слова-штампы: «Успокойся». «Не плачь», «Не надо нервничать» не помогают. Важно просто слушать пациента, давать ему понять, что он не один, что его слышат, понимают и готовы поддержать. Эмоциональное состояние человека подобно маятнику: дойдя до высшей точки накала, человек начинает успокаиваться и приходит в себя. Если не пытаться остановить маятник, то выговорившись, человек успокоится, и, почувствовав это, медицинская сестра сможет продуктивно общаться. Глухое молчание вызывает раздражение у любого человека, а у возбужденного его усиливает. Поэтому нужно использовать короткие реплики «Угу», «Да-да», «Конечно».

Очевидно, что пассивное слушание требует определенной работы, важно не «заразиться» от пациента его негативными эмоциями. Выступая в роли слушающего, медсестра должна по возможности недвусмысленно реагировать на слова и поведение пациента. В затруднительных случаях лучше сказать: «Это не входит в мою компетенцию, надо посоветоваться с врачом, старшей медсестрой».

2.1.2. Задавание вопросов

Важным навыком консультирования является навык задавания вопросов. Медицинская сестра, задающая вопросы в подозрительной или обвинительной манере и не заинтересованным или дружелюбным тоном, вызовет у пациента чувство страха и недоверия. Тон и манера спрашивающего в данном случае важнее слов. Задавание большого

количества вопросов может выглядеть как допрос, а слишком мало вопросов может помешать выявить важные моменты.

Уже самим фактом вопроса медицинская сестра показывает, что хочет участвовать в общении, обеспечивает его дальнейшее течение и углубление. Это убеждает пациента в том, что к нему проявляется интерес и стремление установить позитивные отношения.

Как правило, прямые вопросы о рискованном поведении — использовании совместного оборудования для приготовления и употребления наркотика, использовании презервативов при сексуальных контактах, частоте смены половых партнеров и информированности об их статусе относительно ВИЧ-инфекции — не дают консультанту объективной информации о действительной картине поведения пациентов. Сведения, получаемые от одного и того же человека, очень отличаются в зависимости от того, как поставлен вопрос.

Закрытый вопрос — это вопрос, на который можно дать однозначный ответ («да», «нет», назвать точную дату, имя или число и т.п.). Например: «Вы живете в Москве?» — «Нет». Преобладание закрытых вопросов приводит к созданию напряженной атмосферы, поскольку резко сужает «пространство для маневра» для пациента, у которого может сложиться впечатление, что его допрашивают.

Открытый вопрос — это вопрос, на который трудно ответить кратко, он требует какого-то объяснения, мыслительной работы. Такие вопросы начинаются со слов «почему», «зачем», «что вы думаете по этому поводу», «как вы отнесетесь к ...», «что вы решили». Это предполагает развернутый ответ в свободной форме. Открытые вопросы задаются с целью получить дополнительные сведения или выяснить реальные мотивы и позицию собеседника, они дают ему возможность маневрирования и более обширного высказывания.

Предпочтительнее начинать вопрос со слова «что», т. к. он может выявить информацию, полезную для обоих участников разговора.

Вместо того чтобы спросить пациентку, почему она боится сказать родителям о том, что ей необходимо лечение ВИЧ-инфекции, лучше спросить: что, по ее мнению, может произойти, если она скажет родителям, что ей нужно начинать лечение этого заболевания.

При проведении консультирования важно использовать открытые, а не закрытые вопросы.

Например:

<u>Правильно</u>	<u>Неправильно</u>
<p><i>«Когда и при каких обстоятельствах Вы употребляли наркотик последний раз?»</i></p> <p>Комментарий: <i>можно получить информацию о состоянии пациента на данный момент, об его индивидуальной манере употребления наркотика, факторах риска.</i></p>	<p><i>«Вы употребляете сейчас наркотики или нет?»</i></p> <p>Комментарий: <i>можно получить односложный ответ «Да» или «Нет». Кроме того, пациент, слыша такой вопрос, уже предполагает варианты ответа и выбирает зачастую наиболее приемлемый для использования в этой ситуации, «ухудшая» или «улучшая» в глазах консультанта свою жизненную ситуацию в зависимости от своей собственной цели.</i></p>

Например:

Важно поддерживать у пациента ощущение того, что медицинская сестра настроена по отношению к нему *доброжелательно и благосклонно* независимо от его образа жизни, сексуальных предпочтений, этнических и религиозных особенностей.

Вполне естественно, что медицинский работник может отрицательно относиться к некоторым формам поведения, например, к употреблению наркотиков. Однако привнесение личных мотивов в консультирование, как, впрочем, и в любую другую профессиональную деятельность, не позволяет осуществлять ее на должном уровне.

2.2. Изменение поведения и приверженность лечению ВИЧ-инфекции

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. Является ли он простым переходом от поведения, связанного с риском, к здоровому образу жизни?

Изучение данных о лицах, бросивших курить по собственной инициативе, и об участниках противотабачных программ показало, что все они проходили через одни и те же этапы.

Изначально были выделены четыре стадии:

- предобдумывание;
- обдумывание;
- действие;
- поддержание.

Позднее была добавлена еще одна — подготовка — занимающая место между обдумыванием и действием. Таким образом, окончательно сложилась модель из пяти стадий.

На стадии *предобдумывания* человек еще не имеет серьезного намерения изменить свое вредное для здоровья поведение, по крайней мере в ближайшие полгода. Человек, находящийся в стадии предобдумывания, обычно стремится избежать контактов, которые могли бы помочь в изменении образа жизни. Он не проявляет интереса к предлагаемым методам самопомощи и не склонен к обсуждению своих вредных привычек, может преувеличивать положительные стороны своего образа жизни и недооценивать степень риска.

Стадия *обдумывания* — это период, когда человек начинает всерьез рассматривать возможность изменения своего вредного для здоровья поведения в ближайшие полгода. На этой стадии человек обычно

оценивает «за» и «против» своего образа жизни как примерно равные (и имеющие высокую ценность). Поэтому, хотя обдумывание изменения поведения и имеет место, результаты могут оказаться противоречивыми.

Стадия *подготовки* начинается, когда человек намерен изменить свое поведение в течение ближайшего месяца.

К стадии *действия* относится период, следующий за решительным изменением образа жизни и характеризующийся стабильным сохранением нового стиля поведения.

К стадии *поддержания* относится период после истечения шести месяцев с момента явного поведенческого изменения.

При каждой попытке изменить свой образ жизни человек проходит через одни и те же стадии. 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 медицинскими 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 лежит определение и мобилизация внутренней системы ценностей и целей пациента для последующего изменения его поведения.

Среди методик консультирования на этапе развития заболевания можно рекомендовать метод подведения баланса. Обсуждая с пациентом необходимость приема антиретровирусной терапии, медицинская сестра помогает взвесить все «за» и «против» ее приема. В групповой, семейной и индивидуальной работе по повышению приверженности мы обычно используем образ весов. Вместе с пациентами на одну чашу весов «складывается» выгода от лечения (снижение вирусной нагрузки, увеличение количества CD4 клеток, снижение заболеваемости оппортунистическими инфекциями, увеличение продолжительности и повышение качества жизни), а на другую — все возможные доводы «против» начала и продолжения лечения.

3. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции

3.1. Общие сведения

Вирус иммунодефицита человека относится к семейству ретровирусов. Считается, что вирус может содержаться почти во всех биологических жидкостях организма. Однако, если в этих жидкостях нет примеси крови, его количества недостаточно для инфицирования. В основном, ВИЧ поражает лимфоцитарные клетки иммунной системы, так называемые CD4 клетки. Хорошо известно, что все биологические жидкости, связанные по своему происхождению с лимфой, содержат ВИЧ в высоких концентрациях. Именно вследствие этого одним из путей передачи вируса является половой, а грудное вскармливание существенно увеличивает риск инфицирования ребенка матерью.

После того как ВИЧ попадает в организм человека, он проникает в клетки-мишени, на поверхности которых есть CD4 рецептор. Основную массу таких клеток составляют CD4 лимфоциты, выполняющие регуляторную роль в иммунном ответе. Однако ВИЧ способен проникать и в клетки, не содержащие CD4 рецептор, что обуславливает вовлечение в патологический процесс различных органов и систем.

Течение ВИЧ-инфекции зависит от свойств как вируса, так и организма человека. В одних случаях (их около 10%) инфекция прогрессирует быстро, в других – медленно. У некоторых пациентов число CD4 лимфоцитов не снижается, и СПИД не развивается в течение 7–12 и более лет. В таких случаях (их около 5–10%) говорят о длительном непрогрессирующем течении инфекции. На скорость прогрессирования заболевания и его тяжесть могут влиять такие факторы, как возраст и генетические особенности, вирулентность индивидуального штамма ВИЧ, наличие инфекций, вызванных другими микроорганизмами, и т. д.

Если пациента с ВИЧ-инфекцией не лечить, то можно заметить высокую скорость образования и разрушения CD4 лимфоцитов – 10^9 клеток в день. В этой «гонке на выживание» вирус со временем побеждает, поражая иммунокомпетентные клетки. Гибель иммунокомпетентных клеток приводит к формированию иммунодефицита, который проявляется развитием симптомов, связанных с воздействием самого вируса и со вторичными заболеваниями.

Современные антиретровирусные препараты могут подавлять размножение вируса и препятствовать прогрессированию болезни. Лечение позволяет людям, живущим с ВИЧ, меньше болеть вторичными заболеваниями, увеличивает срок и качество их жизни.

При этом антиретровирусная терапия не позволяет полностью освободить организм человека от ВИЧ, то есть вылечить его. Поэтому во время лечения пациенту необходимо продолжать придерживаться правил безопасного поведения в отношении передачи ВИЧ. Медицинская сестра в беседе с пациентами не должна забывать об этом и обсуждать использование презервативов при половых контактах. Если существует вероятность употребления пациентом наркотиков внутривенно, необходимо обращать внимание пациентов на соблюдение правил снижения риска передачи ВИЧ: использовать одноразовый инструментарий и правильно его утилизировать, следить за стерильностью раствора наркотика и емкости, из которой он набирается.

Важно помнить, что только антиретровирусное лечение ВИЧ-инфекции является эффективным. Использование других препаратов, влияющих на показатели иммунной системы, так называемых иммуностимуляторов и иммуномодуляторов противопоказано, т. к. можно добиться противоположного эффекта и ухудшить состояние пациентов.

3.2. Рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции

3.2.1. Основное действие АРВ-терапии

Основной целью АРВ-терапии является снижение количества вируса в крови, что позволяет сохранить CD4 клетки и избежать прогрессирующего нарушения функции иммунитета.

С самого начала лечения необходимо применять не менее 3-х АРВ-препаратов. Такой режим необходим для того, чтобы лечение было максимально эффективным (единственное исключение возможно для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов).

Несколько препаратов (комбинация) позволяет более разнообразно и сильно влиять на ВИЧ. Однако, если пациент пропускает прием препаратов, не принимает какой-либо из назначенных врачом или не соблюдает время приема, то препараты перестают действовать на быстро размножающийся вирус, он приобретает устойчивость к действию лекарств.

В России разрешены к применению АРВ-препараты, различные по механизму своего действия. Они нацелены на уязвимые этапы жизненного цикла ВИЧ-1. Это нуклеозидные и ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ, ННИОТ), ингибиторы протеазы (ИП), а также ингибиторы слияния. Из названий групп АРВ-препаратов видно, что они вмешиваются в различные фазы цикла ВИЧ и не позволяют ему размножаться.

В России разрешено к применению 16 антиретровирусных препаратов, в том числе — 7 ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ из группы нуклеозидных или нуклеотидных аналогов, 2 ингибитора обратной транскриптазы, не являющихся нуклеозидными аналогами, 6 препаратов из группы ингибиторов протеазы ВИЧ и 1 — ингибитор слияния.

Решение о том, какое сочетание АРВ-препаратов будет наилучшим для конкретного пациента, принимает врач. Он руководствуется существующими стандартами оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. При этом учитываются индивидуальные особенности пациентов, их отношение к лечению, возможность соблюдать режим лечения, риски нарушения режима приема АРВ-терапии.

АРВ-терапия позволяет снизить вирусную нагрузку — показатель, показывающий количество вируса в крови пациента. В процессе лечения вирусная нагрузка снижается до уровня ниже уровня определения. Также при лечении увеличивается абсолютное количество и процентное содержание CD4 лимфоцитов. Пациенты чувствуют себя лучше, продолжительность и качество их жизни повышаются. Но для того чтобы лекарства подействовали, нужно принимать их долго, практически всю жизнь. Важно также соблюдать режим лечения, то есть быть приверженным лечению.

К принципам терапии ВИЧ-инфекции относятся:

- Необходимость создания охранительного психологического режима;
- Своевременное начало эффективной антиретровирусной терапии и профилактики вторичных заболеваний;
- Тщательный выбор лекарственных препаратов с подбором необходимого минимума;
- Своевременное лечение вторичных заболеваний.

Целями антиретровирусной терапии являются:

1. Снижение вирусной нагрузки до минимального уровня, что позволяет уменьшить содержание вирусных частиц в организме и таким образом остановить прогрессирование болезни, а также снизить возможность развития лекарственной устойчивости.

2. Восстановление иммунитета. Прогрессирование болезни и летальные исходы связаны со снижением клеточного иммунного ответа. Основным показателем восстановления иммунитета – рост числа CD4 клеток. Восстановление числа CD4 клеток обычно происходит со скоростью примерно 100 кл/мкл в год. Параллельно уменьшается возможность развития оппортунистических поражений и снижается и даже отпадает необходимость их профилактики.

3. Улучшение состояния и продление жизни, что связано с восстановлением иммунитета.

4. Повышение качества жизни, что также связано, в первую очередь, с восстановлением параметров иммунитета и максимальным снижением риска развития оппортунистических поражений.

3.2.2. Начало лечения

Само по себе наличие у пациента ВИЧ-инфекции не является основанием для назначения ему АРВ-терапии. Слишком раннее ее назначение нецелесообразно, а слишком позднее дает худшие результаты.

Абсолютными показаниями для начала лечения являются:

- Клинические проявления ВИЧ-инфекции: стадии 2Б, 2В или 4Б, 4В в фазе прогрессирования (приложение 1);

- Лабораторные показатели – количество CD4 лимфоцитов менее $0,2 \cdot 10^9/\text{л}$.

Относительными показаниями для начала лечения являются:

- Клинические — стадии 4А (независимо от фазы), 4Б, 4В в фазе ремиссии;
- Лабораторные — число CD4 клеток $0,2 - 0,35 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень РНК ВИЧ (вирусная нагрузка) более 100000 копий в мл.

При наличии относительных показаний часть экспертов и руководителей рекомендуют начать терапию, а часть — продолжать наблюдение за пациентом, пока не назначая лечения. В этой ситуации ФНМЦ СПИД рекомендует начинать лечение при активном желании пациента и уверенности в его хорошей приверженности к лечению, а также если одновременно отмечаются и клинические, и лабораторные относительные показания к терапии.

При выявлении показаний к проведению АРВТ проводится дополнительное обследование больного. Оно решает следующие задачи:

1. Подтверждение необходимости проведения терапии;
2. Определение желания и готовности больного лечиться;
3. Выявление возможных противопоказаний к АРВТ.

На основании полученных данных принимается окончательное решение о необходимости проведения АРВТ, определяется ее тактика, подбирается схема АРВТ.

Важнейшим компонентом успеха лечения является психологическая подготовка больного, поэтому необходимо проведение консультирования по вопросам приверженности лечению, вопросам предполагаемой эффективности, противопоказаний и осложнений планируемой терапии. Женщинам детородного возраста сообщают о возможном влиянии проводимого лечения на течение беременности и развитие плода. Вся информация должна быть представлена больному не только в устном, но и в письменном виде.

Лечение проводится на добровольной основе и предполагает активное участие самого больного.

Перед назначением лечения необходимо получение письменного информированного согласия пациента.

3.2.3. Составление схемы лечения

Назначение и проведение антиретровирусной терапии осуществляется врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. На отдаленных территориях оно может осуществляться участковым врачом-терапевтом или инфекционистом, подготовленным для работы с больными ВИЧ-инфекцией, под методическим руководством специалиста Центра СПИД. Несколько препаратов (комбинация) позволяет более разнообразно и сильно влиять на ВИЧ. Однако если пациент пропускает прием препаратов, не принимает какой-либо из назначенных врачом или не соблюдает время приема, то препараты перестают действовать на быстро размножающийся вирус, он приобретает устойчивость к действию лекарств.

Антиретровирусная терапия назначается и проводится после подписания пациентом формы добровольного информированного согласия.

В настоящее время лечение больных ВИЧ-инфекцией проводится по схемам, включающим несколько (обычно 3–4) антиретровирусных препарата.

Обычно в схему антиретровирусной терапии включают два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы, один из которых является производным тимидина (зидовудин, ставудин, фосфазад), а вторым — производное какого-либо другого нуклеозида (диданозин или ламивудин). Кроме этого, в схему включается ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ифавиренц или невирапин) или 1–2 ингибитора протеазы (ампренавир, индинавир, лопинавир/ритонавир, нелфинавир, ритонавир, саквинавир).

При выборе оптимальной схемы терапии для конкретного больного принимается во внимание:

- Эффективность и токсичность препаратов, возможность их сочетания между собой;
- Возможная переносимость препаратов пациентом с учетом спектра их побочных эффектов и имеющихся у него сопутствующих заболеваний и отклонений в лабораторных показателях (биохимических, гематологических);

- Удобство приема препаратов – кратность приема, количество таблеток или капсул на прием, связь с приемом пищи;

- Сочетание антиретровирусных препаратов с препаратами, которые применяются (или, возможно, будут применяться) для лечения имеющихся у пациента вторичных и сопутствующих заболеваний;

- Стоимость препаратов.

Начинать антиретровирусную терапию у большинства пациентов рекомендуется со схем, содержащих, помимо двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Таблицы 1 (а-в)

Рекомендуемые схемы антиретровирусной терапии первой линии

а)

Ифавиренц по 0,6 г 1 раз в сутки
Зидовудин по 0,3 г 2 раза или по 0,2 г 3 раза в сутки
Ламивудин по 0,15 г 2 раза в сутки

Некоторым контингентам больных стандартная схема антиретровирусной терапии не может быть назначена (в первую очередь, из-за спектра побочных эффектов, входящих в нее препаратов), в частности:

- Ифавиренц противопоказан беременным и женщинам, планирующим (или не исключаяющим) беременность и рождение ребенка на фоне антиретровирусной терапии. Этот препарат не рекомендуется женщинам, способным к деторождению, не пользующимся барьерными методами контрацепции, а также лицам, работающим по ночам.

- Зидовудин не рекомендуется назначать пациентам с анемией и гранулоцитопенией.

При выявлении абсолютных или относительных противопоказаний к какому-либо из препаратов, рекомендованных для стандартной схемы, в нее вносятся изменения.

При наличии у пациента уровня АЛТ более 2-й степени токсичности рекомендуется применять схемы ВААРТ с ИП:

б)	Калетра 0,133/0,033 г по 3 капс. 2 раза в день
	Зидовудин по 0,3 г 2 раза или по 0,2 г 3 раза в сутки
	Ламивудин по 0,15 г 2 раза в сутки

в) Рекомендуемая схема для беременных:

Нелфинавир по 1,25 г 2 раза в сутки
Зидовудин по 0,3 г 2 раза или по 0,2 г 3 раза в сутки
Ламивудин по 0,15 г 2 раза в сутки

3.2.4. Трудности проведения АРВ-терапии

Трудности, с которыми можно столкнуться при проведении антиретровирусной терапии, могут быть связаны в основном с четырьмя компонентами, к которым относятся:

- схема лечения;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- лекарственные взаимодействия;
- развитие лекарственной устойчивости.

Соблюдение *схемы лечения* является неременным условием для сохранения эффективности на протяжении долгого времени. Трудно придерживаться схем, которые предусматривают трехкратный прием и/или прием препаратов, биодоступность которых по-разному зависит от приема пищи (например, биодоступность ритонавира увеличивается при приеме пищи, а диданозина – уменьшается). Использование комбинированных препаратов с фиксированным содержанием активных веществ (например, комбивир) повышает соблюдение схемы лечения; кроме этого, существуют схемы, предусматривающие двукратный или однократный прием лекарств (как рекомендуемая схема первой линии).

Антиретровирусные препараты иногда могут ухудшить течение какого-либо сопутствующего заболевания, например, препараты с нейротоксическим действием (диданозин, ставудин) могут действо-

вать на состояние больного с периферической нейропатией. Поэтому перед назначением схемы лечения необходимо тщательно изучить профиль токсичности выбираемых препаратов.

Некоторые заболевания или проявления ВИЧ-инфекции требуют специального подбора антиретровирусных препаратов для создания в очаге поражения терапевтической концентрации (учитывается, например, проходимость препарата через гематоэнцефалический барьер).

Многие антиретровирусные препараты, особенно ННИОТ и НИОТ, метаболизируются в печени при участии систем цитохрома P450 и таким образом способны действовать на метаболизм других лекарственных препаратов, в том числе не относящихся к лекарствам, имеющим отношение к ВИЧ-инфекции. Под действием различных лекарственных средств может меняться метаболизм самих антиретровирусных препаратов, в результате снижается их противовирусная активность или усиливаются побочные явления.

В ходе АРВТ может возникнуть устойчивость (или перекрестная устойчивость) возбудителя к лекарственным средствам, что значительно снижает эффективность лечения.

Без строгого соблюдения режима приема препаратов невозможно добиться устойчивого эффекта лечения. Для подавления вирусемии и предотвращения развития резистентности необходимо принимать 95–100% доз назначенных препаратов. Это отличает ВИЧ-инфекцию от большинства заболеваний, при которых прием 80% доз препаратов считается приемлемым. Эти требования в сочетании со сложной схемой лечения делают соблюдение режима очень трудным для всех больных и особенно больных с сопутствующими заболеваниями или психосоциальными проблемами. Ошибки в приеме препаратов больные чаще допускают в начале лечения, делая пропуски приема таблеток во время еще высокой вирусной нагрузки, что создает благоприятные условия для формирования резистентных штаммов вируса. В связи с этим работу с пациентом по улучшению соблюдения режима приема препаратов (приверженности лечению) важно начинать еще до начала лечения.

Во время каждой встречи с больным необходимо спрашивать его о соблюдении режима лечения и напоминать о необходимости строгого выполнения всех назначений. Во время встречи с больным важно

создать доверительную атмосферу, чтобы больной мог, не опасаясь осуждения, сообщить о пропусках приема препаратов. Широко применяется методика, когда больной сдает коробочки или флаконы от препаратов, и в дальнейшем подсчитывается оставшееся число таблеток.

3.2.5. Помощь при развитии побочных явлений

Побочные эффекты АРВТ представляют собой серьезную проблему. Они значительно усложняют лечение, заставляя постоянно балансировать между стабильным подавлением ВИЧ и риском токсичности препаратов. Из-за побочных эффектов уже в первые месяцы лечения приходится менять схему АРВТ у ряда больных. Перед началом лечения пациенту следует подробно рассказать о возможных побочных эффектах, чтобы он мог распознать их появление и, если это требуется, вовремя обратиться к лечащему врачу. Иногда это может спасти жизнь, например, в случае реакции гиперчувствительности на абакавир, или предотвратить необратимые нарушения, как в случае полинейропатии.

Будучи подготовленными к появлению тех или иных проблем и зная пути их решения, пациенты реже отказываются от лечения и лучше соблюдают назначения. Однако не следует «вываливать» на пациента всю информацию, которая содержится в инструкциях изготовителя — устрашающие перечисления способны напугать пациента и оттолкнуть от лечения. Иногда бывают трудности в отличии побочных эффектов антиретровирусной терапии от проявлений самой ВИЧ-инфекции. Прежде чем расценить тот или иной симптом как побочный эффект, нужно исключить другие причины его появления. В этом помогают подробный расспрос (в частности, какие еще препараты принимал пациент), а также оценка выраженности, повторяемости и изменчивости жалоб.

Большинство пациентов хорошо переносят АРВТ даже на протяжении нескольких лет. Тем не менее рекомендуется, чтобы все пациенты, в том числе и не предъявляющие жалоб, регулярно наблюдались у врача.

3.2.5.1. Желудочно-кишечные нарушения

Желудочно-кишечные нарушения — это самые частые побочные эффекты почти всех антиретровирусных препаратов — нуклеозидных и нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и особенно

ингибиторов протеазы. Особенно часто они возникают в начале лечения. Типичные жалобы — неприятные ощущения в животе, потеря аппетита, диарея, тошнота и рвота. Возможны также изжога, боль в животе, метеоризм и запор. Тошнота часто возникает при лечении с помощью схем, содержащих зидовудин, диарея — при лечении зидовудином, диданозином и всеми ИП (особенно нелфинавиром), а также саквинавиром и лопинавиром/ритонавиром.

Эти нарушения не только мешают нормальному образу жизни, но и чреваты обезвоживанием, нарушениями питания и похуданием, а также низкой концентрацией препаратов в крови.

В большинстве случаев жалобы появляются в первые дни лечения. Пациенту объясняют, что лечение нужно продолжить и что эти побочные эффекты обычно через 4–6 недель проходят. Если желудочно-кишечные нарушения впервые возникли после длительного лечения, следует искать другую причину.

Если прием препарата натощак вызывает тошноту и рвоту, для большинства препаратов можно перейти на их прием с пищей. Если препарат следует принимать только натощак (например, диданозин, индинавир, рифампицин), уменьшить тошноту можно, съев немного нежирного соленого крекера. Могут помочь также ромашковый, мятный или имбирный чай или сладости. Жирную пищу и молочные продукты в рацион включают с осторожностью. От кофе, сигарет, алкоголя, аспирина и острой пищи лучше отказаться. Принимать противорвотные средства следует не при появлении тошноты, а регулярно — лучше за 30–45 минут до еды.

При появлении диареи, в первую очередь, исключают другие причины, такие как инфекционные болезни и непереносимость лактозы. При диарее, вызванной приемом ИП, хороший эффект при малых затратах дают овсяные отруби в таблетках. Их принимают вместе с антиретровирусными препаратами (суточная доза 1500 мг). В качестве альтернативы можно применять семя подорожника. При диарее, вызванной нелфинавиром, помогает карбонат кальция в дозе 500 мг 2 раза в сутки.

Главную роль в симптоматическом лечении играет лоперамид — средство, подавляющее перистальтику кишечника. Начинают с 4 мг, затем переходят на 2 мг до максимальной суточной дозы 16 мг. При диарее, вызванной приемом ИП, эффективна также панкрелипаза — синтетический фермент поджелудочной железы. В некоторых случаях требуется сочетание нескольких препаратов.

При обезвоживании и потере электролитов разрешаются соленый крекер, травяные чаи, минеральная вода, напитки для спортсменов, растворы электролитов.

3.2.5.2. Нарушения со стороны ЦНС

Почти у 40% пациентов ифавиренц вызывает головокружение, бессонницу и ночные кошмары; возможны также изменения настроения, депрессия. У некоторых пациентов прием препарата сопровождается изменением собственного «я», когда им кажется, что события их жизни происходят с кем-то другим. Обычно эти побочные эффекты возникают в первые дни, недели лечения. Прекращать лечение приходится только у 3% больных. Установлено, что риск нарушений со стороны ЦНС больше при высокой концентрации ифавиренца в плазме.

Пациенту следует объяснить природу этих побочных эффектов и сказать, что обычно они довольно быстро проходят. Другие препараты группы ННИОТ нарушения со стороны ЦНС вызывают редко.

3.2.5.3. Периферическая полинейропатия

Периферическую полинейропатию вызывают в основном препараты группы НИОТ: зальцитабин, диданозин и ставудин. Характерны парестезии и боль в кистях и стопах — обычно жалобы появляются через несколько месяцев лечения и постепенно нарастают. Полинейропатия бывает и проявлением ВИЧ-инфекции, однако лекарственная форма развивается намного раньше и быстрее. Пациенты должны быть предупреждены, что при появлении признаков нейропатии нужно как можно быстрее обратиться к лечащему врачу.

Следует предпринимать меры по устранению таких факторов риска полинейропатии, как дефицит витамина В₁₂, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет и прием других нейротоксичных препаратов (например, изониазида).

Во многих случаях состояние улучшается уже в первые два месяца после отмены препарата, но иногда нарушения нарастают и не всегда полностью обратимы. Специфического лечения нет. Помимо симптоматических средств, с различным успехом применяют такие методы, как иглоукальвание и чрескожную стимуляцию нерва. Пациентам следует избегать тесной обуви и длительного пребывания на ногах. Облегчить боль помогает прохладный душ перед сном.

3.2.5.4. Нарушение функции почек

Поражение почек развивается особенно часто при лечении индинавиром — в результате образования кристаллов индинавира, которые обнаруживаются в моче до 20% пациентов. Почти у 10% пациентов развиваются нефролитиаз и почечная колика; камни на рентгенограмме не видны. Почечная недостаточность развивается редко. Почечная колика проявляется болью в пояснице, боковых отделах и внизу живота, которая может иррадиировать в большие половые губы и яички. Иногда появляется гематурия. Обследование включает физикальное исследование, анализ мочи, оценку функции почек и УЗИ. При почечной колике назначают анальгетики внутривенно (например, метамизол 1,0–2,5 г или диклофенак 100–150 мг) в сочетании со спазмолитиками (например, гиосцина бутилбромид 20 мг в/в). Если боль сохраняется, через несколько минут введение препаратов повторяют. Если и после этого боль сохраняется, можно назначить петидин 50–100 мг в/в или в/м. Во время приступа прием жидкости должен быть умеренным.

Для профилактики нефролитиаза суточное потребление жидкости должно быть не менее 1,5 л, а в жаркую погоду и при приеме алкоголя — больше. При однократной колике прерывать лечение обычно не требуется. Если колика повторяется, индинавир отменяют.

3.2.5.5. Гепатотоксичность

Повышение активности печеночных ферментов может быть следствием побочных эффектов препаратов, вирусного гепатита и злоупотребления алкоголем. Независимо от класса принимаемых препаратов, активность печеночных ферментов повышается у 2–18% пациентов, получающих АРВТ. Развитие тяжелой гепатотоксичности и печеночной недостаточности отмечены при лечении невирапином. Пациенты с заболеваниями печени могут принимать ИП, индинавир и ритонавир только при условии тщательного медицинского наблюдения.

Наибольший риск отмечен у пациентов, принимавших невирапин или ифавиренц в сочетании с ИП на фоне гепатита В и/или гепатита С. ИП могут вызвать гепатотоксические реакции на любых сроках лечения, особенно риск их развития высок на фоне вирусного гепатита. Среди ингибиторов протеазы токсический гепатит чаще вызывает ритонавир.

3.2.5.6. Анемия и лейкопения

Анемия развивается у 5–10% пациентов, принимающих зидовудин. Нейтропения возникает реже. Обычно эти побочные эффекты развиваются у пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и предшествующим угнетением кроветворения на фоне химиотерапии или препаратов, оказывающих токсическое действие на костный мозг. Анемия может развиться даже через несколько лет лечения, в связи с этим важно ежемесячно проводить общий анализ крови. При тяжелой анемии зидовудин отменяют, в редких случаях требуется переливание крови.

3.2.6. Оценка эффективности АРВТ

Для оценки эффективности антиретровирусной терапии используются клинические и лабораторные критерии.

Клинические критерии – оценка прогрессирования ВИЧ-инфекции и течения вторичных заболеваний – являются наиболее доступными показателями клинической эффективности лечения и, в долгосрочном плане, наиболее объективными. При этом необходимо исключить синдром восстановления иммунной системы, особенно если до лечения у пациента число CD4 лимфоцитов было менее 50 клеток/мкл. Поэтому прогрессирование имеющегося или появление нового вторичного заболевания у больного ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии в течение первых 12 недель ее проведения обычно не рассматривается как признак ее неадекватности.

Из лабораторных критериев оценки эффективности лечения наиболее информативным в настоящее время считается определение в крови уровня CD4 лимфоцитов и особенно вирусной нагрузки. В настоящее время в России для определения вирусной нагрузки используется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). При хорошем эффекте высокоактивной антиретровирусной терапии уже к 4–8-й неделе после начала лечения ожидается снижение уровня РНК–ВИЧ приблизительно в 10 раз, а к 12–24-й неделе лечения ниже 400 копий в мл (ниже уровня определения). К этому же сроку (12–24-я неделя) можно ожидать и повышения уровня CD4 лимфоцитов. В дальнейшем, уровень РНК ВИЧ должен быть ниже уровня определения, но возможны подъемы, не превышающие 1000 копий в мл. Однако, у значительного числа пациентов антиретровирусная терапия не столь удачна. У 10–30% пациентов в течение полугода не удастся снизить вирусную нагрузку ниже 500 копий в мл.

Факторы, способствующие неудаче антиретровирусной терапии, многообразны. Среди них:

- высокий уровень вирусной нагрузки;
- низкий уровень CD4 лимфоцитов;
- наличие тяжелых вторичных заболеваний при начале лечения;
- изначальная резистентность вируса к применяемым препаратам;
- неадекватная предшествующая терапия;
- нарушение пациентом режима приема лекарств (из-за недостаточной приверженности к лечению или развития побочных реакций на прием препаратов);
- неправильное назначение терапии;
- сопутствующий прием лекарств, снижающих эффективность какого-либо из компонентов антиретровирусной терапии.

Вирусная нагрузка считается наиболее, а клиническая динамика — наименее достоверным показателем эффективности антиретровирусной терапии. Если эти критерии не соответствуют друг другу, надо ориентироваться на результаты исследования вирусной нагрузки, а при отсутствии возможности этого исследования — на изменение уровня CD4 лимфоцитов.

При получении лабораторных результатов, свидетельствующих о неэффективности терапии, для их подтверждения исследование следует повторить с интервалом не менее 4 недель.

Если неэффективность терапии подтверждается, проводится анализ возможных причин неудачи. Чаще всего она связана с нарушением режима приема препаратов. Поэтому сначала следует исключить причины, не связанные с устойчивостью вируса к принимаемым препаратам.

Важно обратить внимание на следующие моменты:

- *Правильность назначенного режима АРВТ;*
- *Соблюдение пациентом режима приема препаратов (отсутствие пропусков, соблюдение дозировок, регулярность приема);*
- *Соблюдение предписанного для данной схемы лечения пищевого режима;*

• Не принимает ли пациент лекарственные препараты (или психоактивные вещества), влияющие на метаболизм какого-либо из компонентов антиретровирусной терапии или повышающие ее побочные эффекты.

4. Консультирование как технология формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции

4.1. Консультирование по вопросам приверженности терапии при ВИЧ-инфекции

Лечение ВИЧ-инфекции представляет собой многокомпонентное явление. Лечебный процесс можно представить в виде уравнения:

$A + B + C + D + E = \text{Приверженность,}$

где: А — пациент

В — его значимое окружение

С — специалисты

D — ВИЧ

E — препараты.

При этом слагаемое «С» представляет собой совокупность профессионалов, участвующих в процессе формирования приверженности антиретровирусному лечению.

• Пациент привносит в этот процесс свои биологические и социально-психологические особенности.

• Окружение пациента может способствовать приверженности, но может и препятствовать ее формированию.

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 со специалистами, осуществляющими работу по приверженности лечению.*

• Медицинские работники обладают профессиональными знаниями и навыками эффективного взаимодействия с пациентом.

• 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.*

Очевидно, что 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.

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 АРВТ;
- выявлять имеющиеся ресурсы.

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

При проведении консультирования медицинской сестре важно выяснить, что думает пациент о своем состоянии, как представляет себе предстоящее лечение, как относится к нему.

После уточнения уровня знаний пациента медицинская сестра предоставляет информацию:

- для чего проводится лечение,
- какие выгоды оно дает,
- какие требования необходимо соблюдать.

Важно понять, осознает ли пациент необходимость лечения, готов ли начинать принимать препараты. На этом же этапе происходит обсуждение возможных рисков нарушения приверженности. Медицинская сестра спрашивает пациента, что, по его мнению, может помешать приему лекарств.

4.2. Формирование приверженности АРВТ пациентов, зависимых от наркотиков

Несмотря на то, что особенности поведения, в том числе способы приема наркотиков, могут существенно отличаться не только в пределах России, но даже и в пределах одного населенного пункта, тем не менее передаче ВИЧ способствуют несколько определенных условий. Факторами риска заражения ВИЧ и вирусами гепатитов В и С, отмеченными на территории России, являются:

1. Использование одного шприца или иглы последовательно (без промежуточной дезинфекции) несколькими наркопотребителями. Некоторые авторы считают, что потребитель инъекционных наркотиков, зараженный ВИЧ, в среднем способен заражать двух других наркопотребителей ежегодно.

2. Забор раствора наркотического препарата из общей емкости: сосуда или шприца большого размера (в этом случае весь раствор содержал кровь зараженного ВИЧ участника дележа).

3. Использование продаваемых готовых растворов наркотиков, в которых мог содержаться ВИЧ как при приготовлении раствора (иногда при этом используется кровь), так и при предшествующем «опробовании» его потребителем, зараженным ВИЧ.

4. Использование при приеме наркотиков мелких предметов (банки, чашки, ложки, ватки, фильтры и др.), которые могли быть загрязнены ВИЧ при предыдущем использовании.

5. Использование несколькими наркопотребителями общей емкости с одним раствором (водой) для промывки шприцев и игл (в результате чего вместо «промывки» происходило загрязнение шприца ВИЧ или вирусами гепатитов).

6. Незащищенные половые контакты с часто сменяемыми половыми партнерами, в том числе имеющими риски заражения ВИЧ.

Вступая в профессиональный контакт с человеком, имеющим длительный опыт употребления наркотиков, мы имеем дело с человеком, поведением, временем, мыслями, чувствами, отношениями — жизнью которого управляет наркотик.

Консультируя пациентов, имеющих наркотическую зависимость, медицинская сестра должна осознавать, что убеждать пациента,

имеющего опыт длительного употребления наркотиков, в том, что у него нет будущего, если он не расстанется с наркотиком, что он вредит сам себе, заставляет страдать близких и т. д., неэффективно.

Не стоит обольщаться, что медицинский работник своим монологом произведет на пациента такое сильное впечатление, что он переживет настоящее потрясение и под влиянием «правильных слов» пересмотрит свою жизнь и поведение, примет меры к исправлению ошибок и впредь не будет их совершать. Мы не можем рассчитывать, что именно этот человек воспримет такую правильную и, вместе с тем, безликую информацию близко к сердцу. Все это он слышал неоднократно – от других специалистов, от родственников, говорил сам себе в минуты отчаяния, в периоды трезвости.

Утверждения, что «употребление наркотиков – зло», что «наркотики пора бросать», безусловно, правильны. Но сами по себе они бессодержательные, «нулевые» по смыслу для наркозависимого человека из-за того, что их содержание стерто, уничтожено слишком частым употреблением. Эти слова наши пациенты слышали неоднократно от родителей, партнеров, специалистов, сами бесчисленное количество раз говорили себе и друг другу. Они очень хорошо знают все слова и привычные мысли, но ни разу по-настоящему не переходили к действиям или не доводили эти действия до конца.

Зависимость от употребления наркотиков является заболеванием, разрушительно влияющим на все сферы личности человека: его тело, т.е. соматическое здоровье, психику, социальные связи и отношения, духовные поиски, устремления, верования и ценности. *Задача консультирования состоит не в том, чтобы убедить пациента изменить поведение, а в том, чтобы помочь начать это изменение и остаться в процессе изменения поведения.*

Основными тематическими направлениями обучения специалистов работе с ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков 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.*

В практической деятельности при возникновении необходимости назначения 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 АРВТ.

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.*

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

- *В первую очередь, необходимо разрешить проблему с зависимостью от наркотиков;*
- *Антиретровирусное 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 пациент-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 *требуют создания команд, состоящих из разных специалистов*.

Задача обеспечить своевременный прием всех назначенных препаратов такими низко мотивированными 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.

Важно учитывать, что работа по формированию приверженности у пациентов, имеющих опыт употребления наркотиков, должна также включать вопросы снижения риска передачи вируса.

4.3. Роль медицинской сестры в формировании приверженности лечению

Медицинская сестра выполняет обучающую, помогающую и организирующую 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.

Сотрудниками Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом в 2007 г. в рамках проекта по привлечению медицинских сестер к проведению консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции было проведено фокусированное интервью 11 специалистов сестринского дела из 5 регионов России.

Среди неотъемлемых характеристик современных подходов к оказанию медицинской помощи медицинские сестры назвали:

- внимательное отношение к пациенту;*
- участие в его проблемах;*
- индивидуальный подход;*
- простоту изложения информации;*
- возможность задать вопрос;*
- доверительные отношения.*

Как полноправный член команды специалистов, участвующих в формировании приверженности лечению ВИЧ-инфекции, 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, о графике работы специалистов медицинского учреждения;
- Консультирует пациентов по телефону доверия;
- Устанавливает контакт с родственниками пациента и его близким окружением. Проводит диагностику проблем пациента в его микро-социальном окружении;
- Направляет пациента для оказания ему необходимой помощи в другие 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.

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 непосред-

ственной обязанностью других специалистов, сводя до минимума свое участие 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.

Вопрос о наиболее актуальных потребностях и механизме помощи пациентам, получающим АРВТ, решается коллегиально.

4.4. 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 образца для оценки точности соблюдения режима приема препаратов (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 5).

- 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).

С позиции командного подхода стратегическими направлениями работы по повышению приверженности пациентов антиретровирусной 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 особыми 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.

Заключение

Медицинские сестры являются основой, тем самым «базовым звеном», обладающим 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 не только по формированию приверженности АРВТ, но и по оказанию медицинской помощи в целом.

Роль медицинской сестры в обеспечении привлечения и удержания пациентов в режиме диспансерного наблюдения требует особого внимания к поддержанию психологической стабильности и работоспособности этих сотрудников.

Среди тех, кто работает с уязвимыми группами населения (потребителями инъекционных наркотиков, людьми, оказывающими сексуальные услуги за плату, 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 должна оказываться профессионалам, вовлеченным в процесс оказания помощи. Соблюдение этого условия служит залогом успеха работы.

Список сокращений

АРВТ — антиретровирусная терапия

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВИЧ-инфекция — болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека

ИП — ингибитор протеазы

ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ

НИОТ — нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

ННИОТ — ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

ПЦР — полимеразная цепная реакция

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита

Список литературы

1. «Антиретровирусная терапия в России». Учебный модуль. Беляева В.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Юрин О.Г. Под ред. В.В. Покровского. — М., 2007. — 154 с.
2. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. — М., 2003. — 77 с.
3. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. — М.: Медицина для Вас, 2005. — 52 с.
4. Беляева В.В. Методические рекомендации по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии. Методическое руководство. Методическое руководство. — М., 2007. — 52 с.
5. Бурцева Е.М. Роль сестринской службы в профилактике ВИЧ-инфекции, пути предотвращения в медицинском учреждении, универсальные меры предосторожности. Ж. «Мед. сестра», №2 (2006), с. 9–11.
6. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД. Под ред. В.В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 128 с.
7. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Беляева В.В., Афолина Л.Ю., Дмитриева Е.В., Рюмина И.И., Макки Нилл Х. Проект «Здоровая Россия 2020», 2005. — 109 с.
8. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Беляева В.В., Афолина Л.Ю., Дмитриева Е.В., Рюмина И.И., Фролов С.А., Шухов В.С., Макки Нилл Х. Проект «Здоровая Россия 2020», 2008. — 109 с.
9. Литвиненко В.И. Парадоксы алкоголизма. — Полтава: АСМИ, 2003. — 144 с.
10. 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.
11. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. — М., 2001. — 296 с.

12. О проведении консультирования пациентов с ВИЧ-инфекцией, находящихся на диспансерном наблюдении. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 №107.

13. Островская И.В. Сестринское дело: эволюция статуса. Ж. «Мед. сестра», №4 (2000), с. 12–14.

14. Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации. Приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2001г. №4.

15. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. Руководство по оказанию паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ. Шахгильдян В.И., Беляева В.В. — М., 2007. — 170 с.

16. Плавинский С.Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии. — М., 2007. — 32 с.

17. Рюль К., Покровский В., Виноградов В. Компьютерная модель «Экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России», 15 мая 2002. Источник: <http://www.worldbank.org.ru/rus/statistics/hiv/>

18. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» 24.02.1995 г.

19. H. Anaya., S.Asch et.al. Improving HIV screening with nurse-initiated rapid testing and streamlined counseling. TUPDB07 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention 2007, Sydney, Australia.

20. Bartlett J.G. 2005–6 Guide to Medical care of patients with HIV-infection 12th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. — 308 p.

21. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // Psychotherapy. Theory, Research and Practice. 1982. N 19. P. 276–288.7.

22. Riemsme R.P. et. al. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behavior change // Health Technology assessment 2002; Vol.6: N 24. 251p.

Приложение 1

Российская классификация ВИЧ-инфекции

(версия 2002 года)

1. Стадия инкубации.

2. Стадия первичных проявлений.

- Варианты течения:*
- А. Бессимптомная.
 - Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.
 - В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.

3. Субклиническая стадия.

4. Стадия вторичных заболеваний.

4А. Потеря веса менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Фазы:

Прогрессирование (на фоне отсутствия антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

4Б. Потеря веса более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; волосатая лейкоплакия; туберкулез; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Фазы:

Прогрессирование (на фоне отсутствия антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

4В. Кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания: пневмоцистная

пневмония; кандидоз пищевода, бронхов, легких; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

Фазы:

Прогрессирование (на фоне отсутствия антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

5. Терминальная стадия.

Приложение 2

Образец информированного согласия при оказании медицинской помощи

Бланк заполняется и вклеивается 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)

Приложение 3

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)

Приложение 4

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 описаны 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 лечащему врачу о том, что эти препараты принимались.

Подпись пациента:

Дата:

Врач: _____
(Ф.И.О., разборчиво) (подпись)

Дата:

Приложение 5
Упрощенный вопросник для оценки точности
соблюдения режима приема препаратов
(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 Нет
2. Бываете ли Вы иногда невнимательны в отношении приема лекарства?	Да Нет
3. Прекращаете ли Вы принимать лекарства, если вдруг почувствуете себя хуже?	Да Нет
4. Вспомните прошедшую неделю. Сколько раз Вы не принимали лекарство?	1 раз 2 раза 3 раза 4 раза больше 4 раз
5. Не пропускали ли Вы прием какого-либо из назначенных Вам лекарств в течение последних выходных дней?	Да Нет
6. Сколько было таких дней за последний месяц, когда бы Вы не принимали вообще никаких лекарств?	1 день 2 дня 3 дня 4 дня 5 дней больше 5 дней

Для визита 4 вопрос N6 касается 3 месяцев лечения

6. Сколько было таких дней за последние 3 месяца, когда бы Вы не принимали вообще никаких лекарств?	1 день 2 дня 3 дня 4 дня 5 дней больше 5 дней
---	--



Разработано по заказу
Федеральной службы
по надзору в сфере защиты
прав потребителей
и благополучия человека
Открытым Институтом
Здоровья в рамках
«Приоритетного
национального проекта
в сфере здравоохранения»
в 2008 году