

Барьеры в приверженности к лечению ВИЧ-инфекции в республике Беларусь



**Исследование проведено при технической поддержке ЭФБЮ
Интернешнл и профинансировано Министерством Иностранных дел
Королевства Нидерландов. Ни Министерство, ни ЭФБЮ Интернешнл
не несут ответственности за содержание исследования.**

РОО «Белорусское сообщество ЛЖВ»

2018

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Список терминов и сокращений</i>	2
<i>Вступление</i>	4
<i>Об этом исследовании</i>	6
<i>Благодарность</i>	6
<i>Методы</i>	7
<i>Формирование гипотез</i>	7
<i>Опрос</i>	7
<i>Этика</i>	8
<i>Анализ</i>	8
<i>Результаты</i>	8
<i>Лечение АРВ - препаратами</i>	10
<i>Ко – инфекции</i>	14
<i>Уровень знаний об АРВ- терапии</i>	17
<i>Доступность услуг</i>	19
<i>Заключение и выводы</i>	22
<i>Рекомендации</i>	23
<i>Приложения</i>	24 - 27

СПИСОК ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

АРВТ – Антиретровирусная терапия – лечение, направленное на подавление активности ВИЧ.

Вирусная супрессия – подавление активности вируса.

Вирусная нагрузка – это количество вируса ВИЧ в крови инфицированного.

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ; см. Антиретровирусная терапия) – комбинированная антиретровирусная терапия тремя или более разными препаратами, подавляющими активность ВИЧ.

Гепатит В – инфекционное заболевание, вызванное вирусом гепатита В; часто встречающаяся ко-инфекция у инфицированных ВИЧ людей употребляющих инъекционные наркотики.

Гепатит С – инфекционное заболевание, вызванное вирусом гепатита С; часто встречающаяся сочетанная инфекция у инфицированных ВИЧ людей употребляющих инъекционные наркотики.

Группа инвалидности – категория степени длительной или постоянной нетрудоспособности, устанавливаемая медико-социальной экспертизой (МСЭ).

ЗМТ - программа заместительной терапии метадонном.

Ко-инфекции – сочетанные с ВИЧ инфекционные заболевания.

Лекарственное взаимодействие – взаимодействие препаратов, которое может привести к изменению их концентрации в организме, снижению активности одного из них.

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ-инфекцией.

МСМ – Мужчины, имеющие секс с мужчинами.

Неопределяемая вирусная нагрузка – содержание вируса в крови ниже уровня чувствительности используемой тест-системы.

ЛУИН – Люди, употребляющие инъекционные наркотики.

Побочные эффекты – нежелательные эффекты, связанные с приемом лекарств.

Приверженность (к лечению) – следование правилам / режиму приема лекарственных препаратов.

РКС – Работники коммерческого секса.

ТБ – туберкулез.

ЮНЕЙДС – Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу.

CD4 - лимфоциты (иногда их называют Т-клетками или клетками-хелперами) – белые кровяные клетки, которые отвечают за реагирование иммунной системы на различные инфекции. Показатель числа CD4 клеток указывает: насколько сильно ВИЧ поразил иммунную систему, какова глубина инфекционного процесса, каков риск других инфекций.

ВСТУПЛЕНИЕ

С момента регистрации первых случаев ВИЧ-инфекции в 1981 году жертвами одной из самых разрушительных эпидемий, наблюдавшихся когда-либо мире, стали миллионы людей в разных странах. ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 35 миллионов человеческих жизней (ссылка). В 2016 г. от причин, связанных с ВИЧ, во всем мире умерло около миллиона человек.¹ По данным Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЕЙДС), в 2016 году число людей, живущих с ВИЧ во всем мире, составляло 36,7 [30,8–42,9] миллиона человек (ссылка).

В 2016 году в странах Восточной Европы и Центральной Азии число людей, живущих с ВИЧ, составило 1,6 [1,4–1,7] миллиона. Число новых случаев инфицирования ВИЧ выросло на 60% в период с 2010 по 2016 годы².

Развитие медицинских технологий и появление антиретровирусной терапии (АРВТ) позволило значительно увеличить продолжительность жизни ВИЧ-положительных пациентов, а в идеале - вообще свести на нет воздействие вирусной инфекции.

Так, статистический анализ эффекта АРВТ на выборке из 23 тысяч людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в США и Канаде в 2000-2007 гг. показал, что следование данной терапии увеличивает ожидаемую продолжительность жизни с 36,1 года до 54,2 лет, т.е. двадцатилетний взрослый с ВИЧ с высокой вероятностью доживет до семидесяти лет.³ Качество жизни ВИЧ-положительных людей благодаря этому лечению почти ничем не отличается от качества жизни ВИЧ-отрицательных людей (ссылка).

Однако по данным ЮНЕЙДС в Восточной Европе и Центральной Азии показатель

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/> последний доступ 09 февраля 2018.

² ЮНЕЙДС (2017). Глобальная статистика ВИЧ. Информационный бюллетень, Всемирный день борьбы со СПИДом 2017 года. Доступно: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf, последний доступ 05 февраля 2018.

³ Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867319>

охвата лечением среди людей, живущих с ВИЧ, составил всего 28% [22–32%].⁴ Среди других причин, столь низкий уровень охвата связан с тем, что лечение ВИЧ-инфекции – это сложный процесс, требующий серьезного и ответственного подхода, как со стороны врача, так и со стороны пациента.(ссылка) Эффективность лечения зависит от соблюдения многих условий, знание которых необходимо как специалистам, так и людям, получающим лечение. Одним из таких важных условий является приверженность пациентов к лечению АРВТ (то есть соблюдение режима приема препаратов), как фактора, способного улучшить не только продолжительность, но и качество жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией.⁵ Под «приверженностью лечению» принято понимать следование пациентом режима приема антиретровирусных препаратов.⁶

Эпидемиологическая ситуация в Республике Беларусь.

По данным отдела профилактики ВИЧ/СПИД Государственного Учреждения «Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», в Республике Беларусь на 1 октября 2017 г. количество людей, живущих с ВИЧ, составляло 18 664 человек⁷. Среди них наибольшее число пациентов проживало в следующих областях: Гомельская область -7 148 чел.; г. Минск - 3 998 чел.; Минская область - 2 985 чел.; Могилевская область - 1 276 чел.; Брестская область - 1 429 чел.; Витебская область - 1 009 чел.; Гродненская область – 819 чел.

(см. Приложение 1)

Число ЛЖВ, получающих АРВТ в областях Республики Беларусь и г. Минске (по состоянию на 01 октября 2017 г.) - 9 161 человек. Распределение ЛЖВ принимающих лечение АРВ – терапией по областям : Гомельская область -3 459; г. Минск- 1 812; Минская область-1 522; Могилевская область - 586; Брестская область - 738; Витебская область- 640; Гродненская область- 404.

(см. Приложение 2)

⁴ ЮНЕЙДС (2017). Глобальная статистика ВИЧ. Информационный бюллетень, Всемирный день борьбы со СПИДом 2017 года. Доступно: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf, последний доступ 05 февраля 2018.

⁵ Додалева Е.Н. Приверженность к АРВ-терапии для ВИЧ/СПИД больных. Источник: http://www.24farm.ru/articles/priverjennost_k_arv/

⁶ Ющук, Н.Д. Прогнозирование приверженности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией / Н.Д. Ющук, Н.А. Сирота, О.Н. Федяева // Казанский медицинский журнал. – 2014. – №5, том 95. – С. 715-721

⁷ <http://test.posterb.by/2017/11/21/эпидситуация-по-вич-инфекции-в-республике-2/> последний доступ 15.02.2018

ОБ ЭТОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Данное исследование - «Барьеры в приверженности к лечению ВИЧ-инфекции в республике Беларусь» является частью широкой программы "Время быть услышанными", которую проводил фонд «AFEW-International».

Программа "Время быть услышанными" была направлена на поддержку и укреплению научно-исследовательского потенциала организаций, действующих от лица и представляющих интересы сообществ в регионе Восточной Европы и Центральной Азии в рамках подготовки к 22-й Международной конференции по СПИДу, которая состоится в Амстердаме, Нидерланды в июле 2018 года. Финансирование было предоставлено Министерством иностранных дел Нидерландов.

Исследование проводилось силами сообщества людей, живущих с ВИЧ, и было направлено на выявление и анализ возможных причин прерывания или прекращения приема антиретровирусных препаратов и, как следствие, низкой приверженности к АРВТ среди ЛЖВ в Республике Беларусь.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Авторы отчета признательны AFEW-International за приглашение принять участие в программе "Время быть услышанными", Министерству иностранных дел Нидерландов за финансирование данного проекта.

Мы также признательны Министерству здравоохранения Республики Беларусь за поддержку и интерес к нашей работе, а также специалистам агентства «Новак» за проделанную работу по обработке данных.

Мы выражаем благодарность - Кечиной Евгении Аркадьевне и Макаревич Татьяне Николаевне за консультации при доработке отчёта.

Мы благодарны всем тем, кто уделил своё время для заполнения анкет, и конечно же всем нашим интервьюерам.

МЕТОДЫ

Формирование гипотез

В мае 2017 года было проведено предварительное исследование, состоящее из двух фокус - групп в городах Светлогорск и Минск. В фокус-группах приняли участие 13 человек (6 мужчин и 7 женщин). В ходе групповых дискуссий были выработаны гипотезы относительно того, какие факторы могут влиять на приверженность:

- Уровень приверженности пациентов к АРВ-терапии напрямую зависит от уровня знаний об АРВТ.
- Уровень приверженности пациентов к АРВТ напрямую зависит от получения ЛЖВ, принимающих АРВТ, психо-социальных услуг.
- Уровень приверженности к лечению может зависеть от наличия невылеченных ко-инфекций (усиление токсических и побочных эффектов в связи с приемом АРВТ).
- Уровень приверженности пациентов к АРВТ может снижаться из-за лекарственного взаимодействия препаратов для лечения туберкулеза (ТБ) и АРВТ (усиление токсических и побочных эффектов).

На основании этих гипотез в дальнейшем была разработана анкета для структурированного опроса.

Опрос

Опрос респондентов проводился в период в течение четырёх месяцев - с июня по сентябрь 2017 года. Опрос был проведен методом анкетирования, среди ЛЖВ старше 18 лет, получающих АРВТ.

Анкетирование проводили 13 интервьюеров из числа сообщества ЛЖВ, в том числе, для проведения опроса среди уязвимых групп были привлечены интервьюеры из уязвимых групп (РКС, ЛУИН, МСМ, КРС), прошедшие предварительное обучение, по методологии заполнения анкеты.

Рекрутирование респондентов проводилось методом снежного кома.

Опрос был проведен в 11 городах страны : Минск, Солигорск, Лида. Пинск, Мозырь. Гомель, Жлобин, Речица, Светлогорск, Могилёв, Витебск. Регионы и количество респондентов опроса определялось пропорционально числу ЛЖВ, получающих АРВТ, в различных областях Республики Беларусь (см. Вступление).

Этика

Все респонденты были ознакомлены с условиями проведения опроса, в том числе с условием анонимности и конфиденциальности. Для этого была разработана форма информационного согласия, где указывалось, что вся предоставленная информация, полученная при опросе, будет конфиденциальна, контактные данные не собираются, а все ответы будут использованы только в обобщенном виде, после статистической обработки. Участие в опросе было совершенно добровольным и каждый респондент имел возможность отказаться отвечать на какой-либо вопрос, а также полностью отказаться от участия в исследовании в любое время. Документ подписывался в двух экземплярах.

Анализ

Для обработки данных, полученных в результате исследования, привлекалось профессиональное аналитическое агентство «НОВАК». Данные анкетирования анализировались при помощи линейных распределений, дескриптивных (описательных) статистик и таблиц сопряженности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было опрошено 400 респондентов во всех регионах Республики Беларусь. Среди опрошенных — мужчин 52%, женщин 48%. В опрос были включены представители различных возрастных групп (большинство — люди в возрасте 30-49 лет).

Диаграмма 1. Социально-демографические характеристики выборки

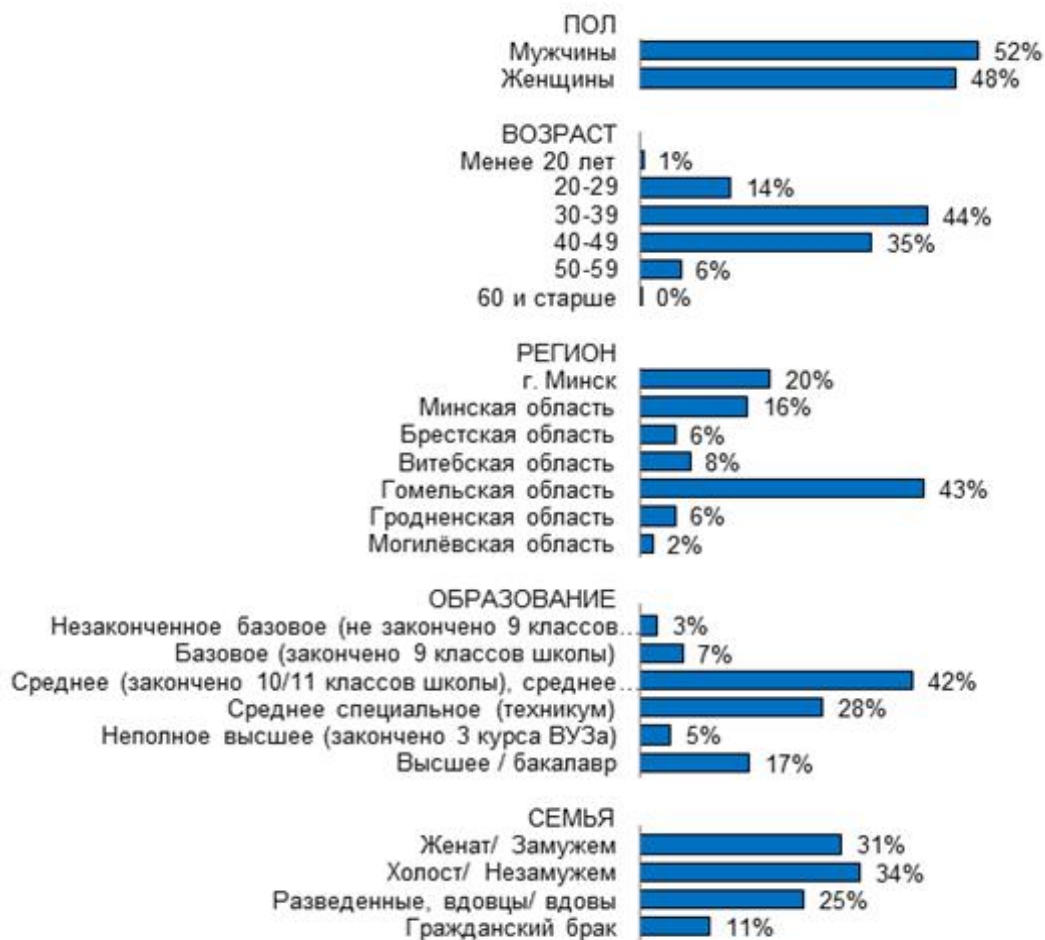
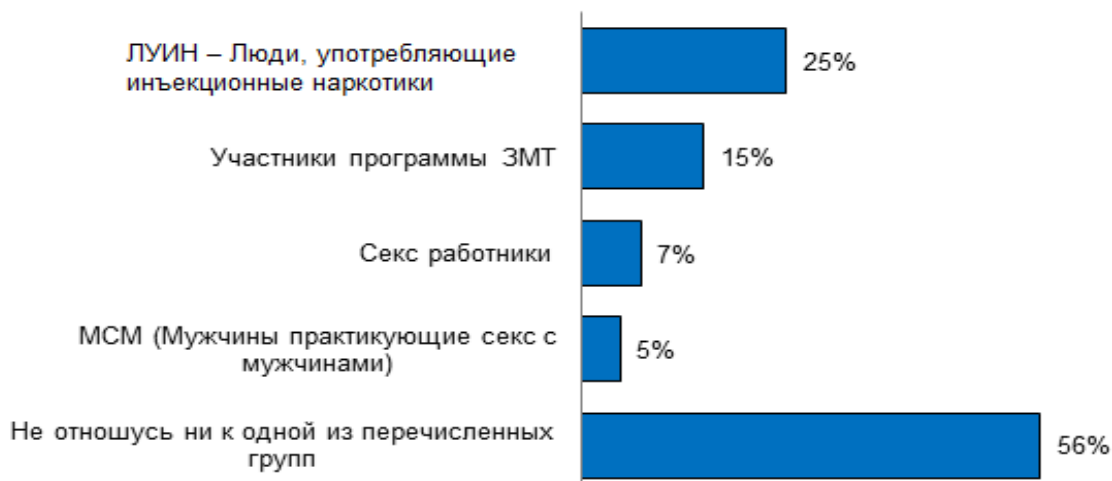


Диаграмма 2. Респонденты по отношению к уязвимым группам.



Больше половины опрошенных оценивали своё материальное положение как плохое: каждому четвёртому участнику исследования (24%, 96 опрошенных) иногда не хватает денег даже на еду, каждому третьему участнику (34%, 136 опрошенных) — иногда не хватает денег на повседневную одежду.

ЛЕЧЕНИЕ АРВ-ПРЕПАРАТАМИ

Средний срок жизни с ВИЧ опрошенных респондентов около 11 лет (самый ранний диагноз -- 1990 год, самый поздний -- 2017 год), средний срок приема АРВ-терапии -- около шести лет (самое раннее -- с 1994 года, самое позднее -- с 2017 года). Практически все опрошенные (96%) отмечали у себя проявление каких-либо побочных эффектов сразу же после начала приёма препаратов антиретровирусной терапии, и около половины опрошенных (49%) продолжают испытывать негативные побочные эффекты на сегодняшний день.

Диаграмма 3. Длительность приёма АРВ-терапии респондентами

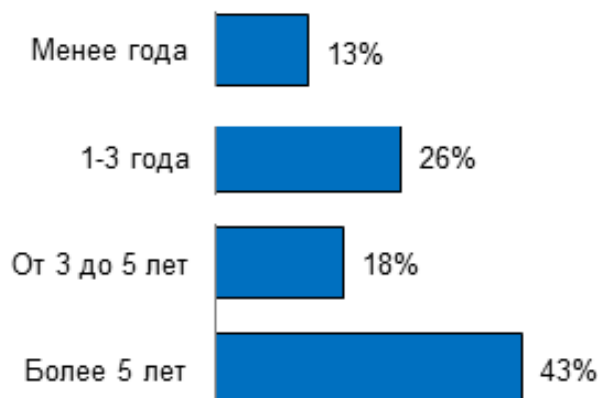


Диаграмма 4. Доля пациентов, принимающих АРВТ, отмечавших побочные эффекты от приема АРВ-препаратов

Отмечали у себя проявление каких-либо побочных эффектов сразу после начала приёма препаратов антиретровирусной терапии

96%

Испытывают какие-либо негативные побочные эффекты от приёма антиретровирусных препаратов на сегодняшний день

49%

На сегодняшний день, пациенты, принимающие АРВ-препараты, испытывают следующие негативные побочные эффекты:

- чувство усталости или слабость (38% тех, кто продолжает испытывать побочные эффекты);
- перепады настроения, чувство дезориентации или тревожности, яркие или беспокойные сновидения, кошмары, галлюцинации (29%);
- потеря жира/веса, липодистрофия (28%);
- тошнота, рвота, отсутствие аппетита (20%);
- головокружение (11%);
- бессонница, нарушение сна (10%).

(см. Приложение 3)

Диаграмма 5. Пропуск, полное прекращение приёма препаратов и изменения схемы лечения в ходе АРВ-терапии



Две трети (66%) клиентов АРВ-терапии сообщили о том, что им случалось пропускать время приёма препаратов.

Каждый четвёртый (27%) из опрошенных ответил, что с момента начала лечения АРВ-терапией он имел опыт полного отказа от приёма препаратов на некоторое время.

Таблица 1. По каким причинам Вы пропускали приём АРВ-препаратов?*

ПРИЧИНЫ ПРОПУСКА	% от всех, кто пропускал прием препаратов
Забывали выпить	66%
Не было с собой таблеток	20%
Проспали	11%
Из-за побочных эффектов	10%
Забывали получить таблетки, закончились	8%
Принимали алкоголь	6%
Из-за плохого самочувствия	5%
Принимали наркотики	4%
Устали принимать	3%
Отсутствие препаратов у врача	2%
Находились на работе	2%
Находились в общественном месте, стеснялись	2%

*Сумма ответов превышает 100% поскольку один респондент мог назвать несколько разных негативных побочных эффектов

Таблица 2. По каким причинам Вы переставали принимать АРВ-препараты?*

ПРИЧИНЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ	% всех, кто прекращал приём
Из-за побочных эффектов	31%
Из-за плохого самочувствия	18%
Были в отъезде, больнице, заключении	15%
Надоело, устали, не хотели принимать	13%
Прием наркотиков помешал соблюдать режим	6%
Отсутствие лекарств АРВТ?	6%
Замена схемы лечения	4%
Злоупотребление алкоголем	4%
Из-за частых пропусков	3%
Не было улучшения	3%
Аллергия	2%
После рождения ребенка	1%
Хорошо себя чувствую	1%

*Сумма ответов превышает 100% поскольку один респондент мог назвать несколько разных негативных побочных эффектов.

Различия зафиксированы в том, что среди прекращавших лечение существенно меньше людей, работающих на полную ставку, и больше тех, кто не захотели сообщить об источнике своего дохода/кто не имеет постоянного дохода.

В обеих категориях больше половины людей не относят себя ни к каким уязвимым социальным группам, но среди тех, кто прекращал приём АРВ-препаратов, больше доля секс-работников и ЛУИН.

Каждый третий из тех, кто пропускал приём препаратов на непродолжительное время, впоследствии полностью прекращали терапию. Чем дольше пациент принимает АРВ-препараты, тем выше вероятность пропуска — от 37% у тех, кто принимает менее года, до 81% для тех, кто принимает более 5 лет.

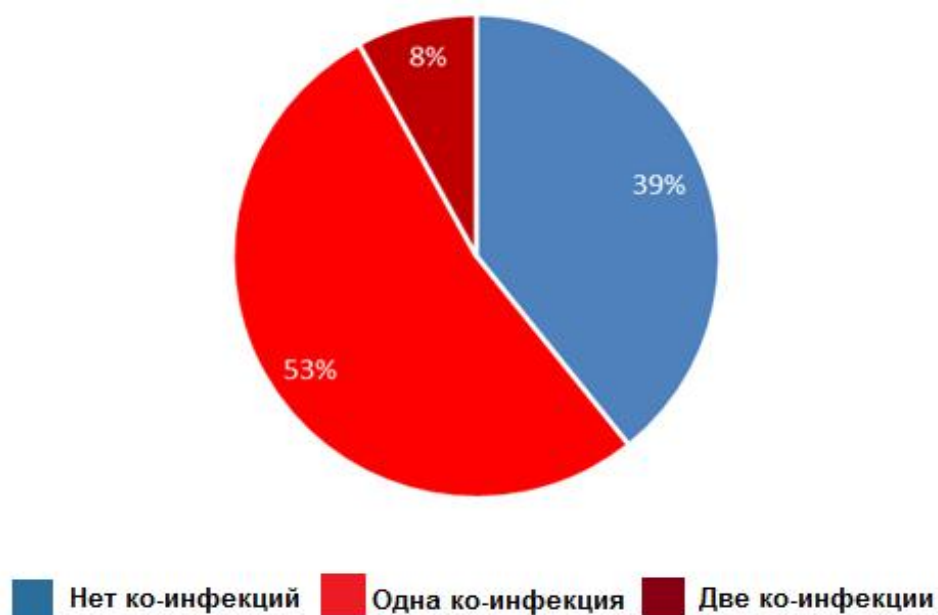
Таблица 3. *Различия между теми ЛЖВ кто прекращал и не прекращавшими приём АРВ-препаратов*

	Случалось, что полностью прекращали приём АРВ-препаратов	Никогда полностью не прекращали приём АРВ-препаратов
Испытывают какие либо негативные побочные эффекты от приёма АРВТ на сегодняшний день	53%	47%
Не относятся ни к каким уязвимым группам	52%	57%
Секс-работники	10%	6%
ЛУИН	28%	24%
Работают на полную ставку	36%	52%
Не имеют постоянного источника дохода (не работают по состоянию здоровья)	20%	15%
Не ответили на вопрос об источнике дохода	10%	3%
Иногда не хватает денег даже на еду	31%	22%
Не получают никаких социально-психологических услуг	40%	44%
Участвовали в обучающих семинарах-тренингах по вопросам жизни с ВИЧ	21%	14%
Живут в Минске	25%	18%
Живут в Гомельской области	44%	43%
Живут в других регионах Беларуси	31%	39%

КО-ИНФЕКЦИИ

Только 39% опрошенных не имеют ко-инфекций (сопутствующих заболеваний). Больше половины (53%) имеют одну ко-инфекцию, а каждый 12-й (8%) участник опроса имеет две ко-инфекции.

Диаграмма 6. Наличие ко-инфекций у ЛЖВ



Самое распространенное сопутствующее заболевание — гепатит С (49%); существенно реже встречаются - гепатит В (8%); туберкулез (9%); онкологические заболевания – (2 %).

Одна или две ко-инфекции чаще встречаются у ЛУИН и клиентов ЗМТ.

У тех респондентов, которые не относятся к уязвимым группам, ко-инфекции встречаются реже. 59% ЛЖВ, которые не имеют ко-инфекций, работают на полную ставку. ЛЖВ с одной ко-инфекцией с большей вероятностью не имеют постоянного источника дохода (не работают по состоянию здоровья).

12% ЛЖВ имеют инвалидность и получают пенсию по инвалидности, большинство из них имеет 2 ко-инфекции.

Диаграмма 7. Распространение гепатита С, гепатита В, туберкулёза и онкологических заболеваний среди ЛЖВ

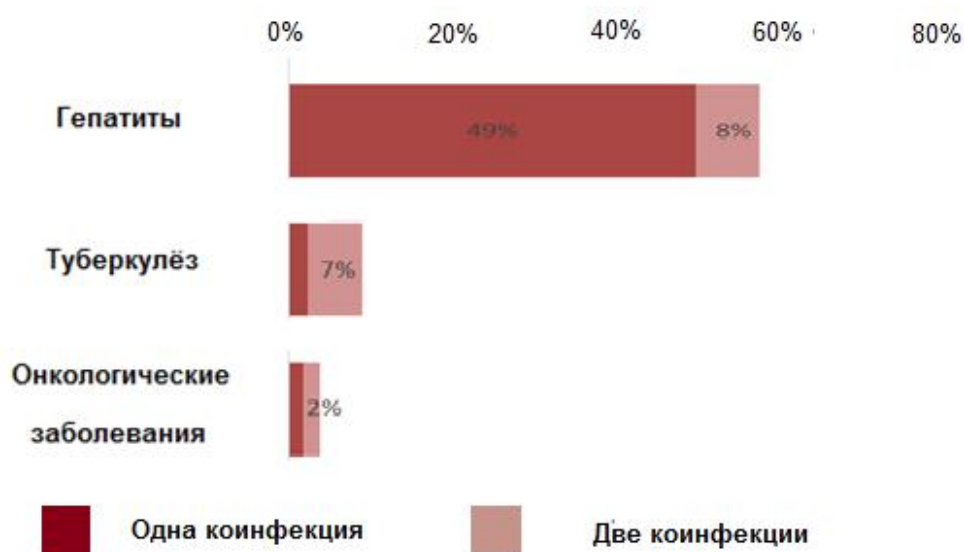


Таблица 4. Различия по прохождению терапии в зависимости от наличия коинфекций

	Гепатиты(В, С)	Туберкулез
Случалось, что пропускали приём АРВ-препаратов	77%	86%
Случалось, что полностью прекращали приём АРВ-препаратов	35%	34%

У ЛЖВ, получающих АРВ-терапию и имеющих такую ко-инфекцию, как гепатит В или С, будет выше вероятность пропустить приём АРВ-препаратов в полтора раза, полностью прекратить приём препаратов — более чем в два раза, чем у ЛЖВ не имеющих ко-инфекцию гепатит В или С.

Наличие ко-инфекций коррелирует с материальным положением человека: ЛЖВ без ко-инфекций с большей вероятностью работают на полную ставку, ЛЖВ с одной ко-инфекцией с большей вероятностью не имеют постоянного источника дохода (не работают по состоянию здоровья), ЛЖВ с двумя ко-инфекциями с большей вероятностью получают пенсию по инвалидности.

Диаграмма 8. Государственная помощь ЛЖВ с ко-инфекциями



Лечение за государственные средства предлагается всем, у кого есть туберкулёз и большинству тех, у кого имеются онкологические заболевания, и лишь одному из каждых шести ЛЖВ с гепатитом В или С.

Лечение за собственный счёт Гепатитов В и С могут позволить себе не больше 11% ЛЖВ, имеющих такие ко-инфекции.

Больше половины ЛЖВ с онкологическими заболеваниями имеют группу инвалидности, больше трети ЛЖВ с туберкулёзом, и лишь 17% ЛЖВ с гепатитом В или С.

Около 10% ЛЖВ имеющие сопутствующие заболевания - гепатиты В или С и онкологические заболевания подавали документы на МРЭК, но получили отказ. В то же время, отказ после подачи документов на МРЭК получили почти треть ЛЖВ с туберкулёзом.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ОБ АРВ - ТЕРАПИИ

Для определения уровня знаний использовался опросник из семи вопросов (см. Приложение 4).

Диаграмма 9. Знание основных показателей и собственных результатов иммунологического обследования

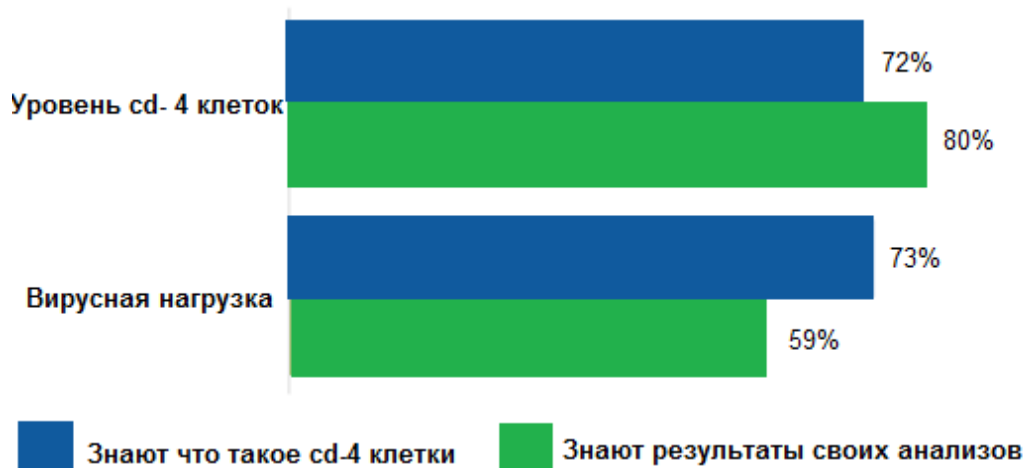


Диаграмма 10. Понимание основной цели лечения АРВ – терапией



Диаграмма 11. Сравнительная оценка важности отдельных составляющих лечения АРВ - терапией, указанных респондентами

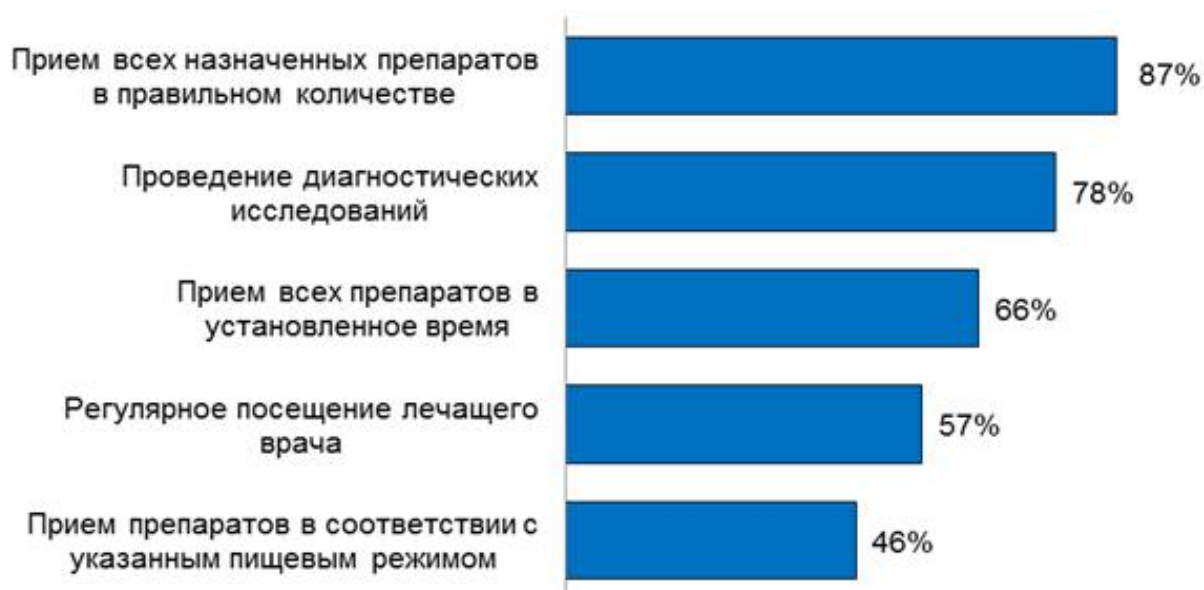


Таблица 5. Уровень знаний об АРВТ у ЛЖВ живущих в Минске, Гомельской области и в остальных регионах Беларуси

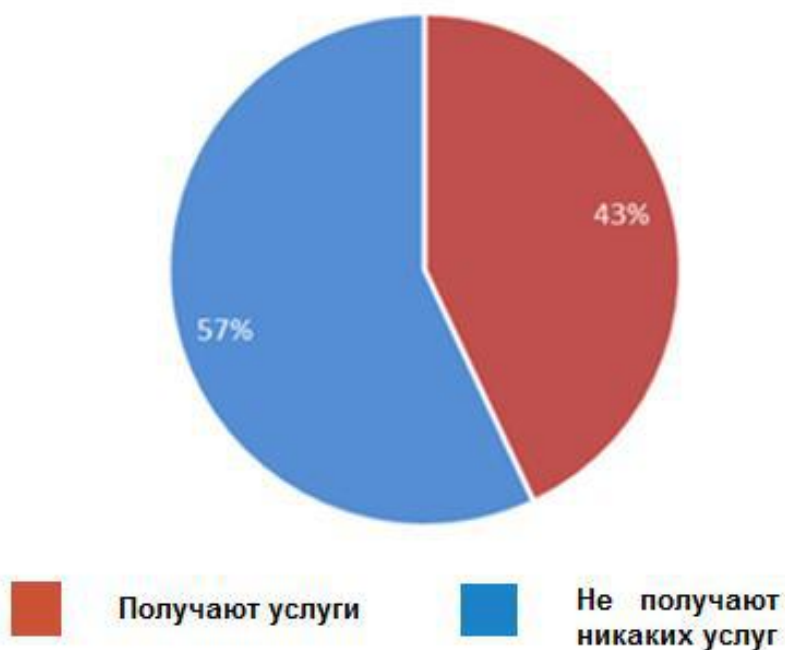
	Минск	Гомельская область	Остальная Беларусь
Имеют высокий уровень знаний об АРВ-терапии	49%	43%	32%
Имеют средний уровень знаний об АРВ-терапии	35%	37%	39%
Имеют низкий уровень знаний об АРВ-терапии	15%	20%	29%

Уровень знаний об АРВ-терапии существенно отличается по регионам, в Минске он самый высокий, в Гомельской области несколько ниже, в остальной Беларуси — ещё ниже.

ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ

Респонденты исследования отвечали на вопросы о доступности услуг, таких как группа взаимопомощи, «равное консультирование» обученным специалистом из числа ЛЖВ, социально-психологическая поддержка ЛЖВ и их близких на базе общественной организации, консультирование специалистами (медиками, юристами, психотерапевтами и др.), социальное сопровождение, обучающие семинары-тренинги по вопросам жизни с ВИЧ на базе общественных организаций.

Диаграмма 12. Доля ЛЖВ, получающих лечение АРВ-терапией, когда-либо обращавшихся за какими – либо услугами, предоставляемыми общественными организациями.



Пациенты, получающие лечение АРВ – терапией в разных регионах Беларуси имеют разный доступ к услугам, предоставляемый общественными организациями — если в Минске никакими услугами не пользовалось 30% ЛЖВ, то в Гомельской области — почти половина (49%).

Таблица 6. Различия между пациентами, принимающими АРВТ, живущими в Минске, Гомельской области и в остальных регионах Беларуси

	Минск	Гомельская область	Остальная Беларусь
Случалось, что пропускали приём препаратов	66%	69%	61%
Случалось, что полностью прекращали приём препаратов	33%	27%	22%
Не получают никаких социально-психологических услуг	30%	49%	43%
Не относятся ни к каким уязвимым группам	32%	79%	42%

В Гомельской области не отнесли себя ни к каким либо уязвимым группам 79% опрошиваемых ЛЖВ. Учитывая большое количество ЛУИН в этой области можно говорить о том, что ВИЧ здесь вышел широко за рамки уязвимых групп. В то же время 49% опрошенных в этом регионе не получают никаких услуг, что может подтверждать предыдущий вывод, так как предоставление услуг в связи с ВИЧ в настоящее время финансируется только Глобальным Фондом для уязвимых групп таких как - ЛУИН, РКС, МСМ, пациенты ЗМТ.

Диаграмма 13. Опыт получения ЛЖВ, принимающих АРВ-терапию услуг предоставляемых общественными организациями.

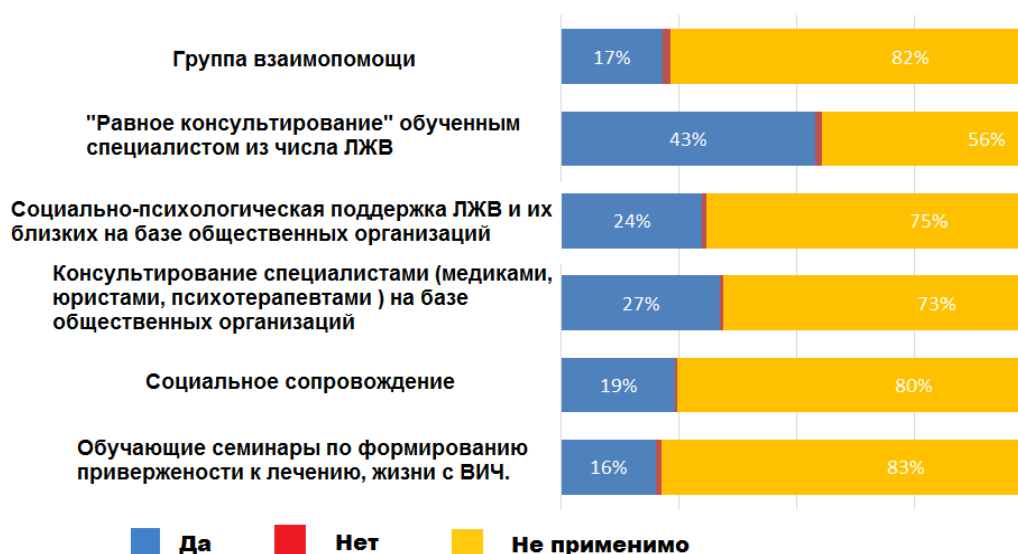


Таблица 7. Зависимость уровня знаний об АРВ-терапии от получения социально-психологических услуг

	Используют какие-либо социально-психологические услуги	Не используют никаких социально-психологических услуг
Высокий уровень знаний	66%	34%
Средний уровень знаний	55%	45%
Низкий уровень знаний	43%	57%

Таблица 8. Различия по прохождению терапии в зависимости от получения услуг

	Оценивают свою нынешнюю схему лечения как эффективную	Оценивают свою нынешнюю схему лечения как неэффективную
Группа взаимопомощи	52%	15%
«Равное консультирование» обученным специалистом из числа ЛЖВ	46%	15%
Социально-психологическая поддержка ЛЖВ и их близких на базе общественной организации	42%	22%
Консультирование специалистами (медиками, юристами, психотерапевтами и др.) на базе общественных организаций	38%	27%
Социальное сопровождение	38%	26%
Обучающие семинары-тренинги по вопросам жизни с ВИЧ	46%	16%

Те пациенты, которые использовали услуги группы взаимопомощи, равного консультирования и обучающих семинаров-тренингов по вопросам жизни с ВИЧ, существенно чаще оценивают свою нынешнюю схему лечения как эффективную.

По результатам исследования прослеживается зависимость уровня знаний от обращения за социально-психологическими услугами: пациенты, пользующиеся социально-психологическими услугами, значительно чаще демонстрируют высокий уровень знаний об АРВ - терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

В результате анализа данных полученных в данном исследовании выявлены важные факторы, влияющие на отсутствие приверженности к АРВТ:

Ко-инфекции. *Невылеченные ко-инфекции приводят к прерыванию лечения.*

Наличие невылеченных ко-инфекций, в первую очередь, гепатитов В и С усиливает побочные эффекты от АРВ-терапии, что является наиболее частой причиной прерывания лечения по результатам проведённого исследования.

Социально-психологические услуги. *Получение социально-психологических услуг способствует росту знаний об АРВ-терапии и укрепляет приверженность лечению.*

Отмечен низкий уровень охвата ЛЖВ социально-психологическими услугами и, как следствие, низкий уровень знаний о лечении АРВ-терапией, особенно в тех регионах, где ВИЧ – инфекция вышла за пределы уязвимых групп (перечислить регионы) ;

Исследование показало, что чем выше уровень обращаемости ЛЖВ за социально-психологическими услугами, тем выше уровень знаний об АРВ-терапии. Те, кто участвовали в группах взаимопомощи, получали поддержку на базе общественных организаций, реже пропускают приём препаратов.

Материальное положение. *Один из факторов, оказывающий влияние на слабую приверженность лечению — тяжелое материальное положение.*

Тяжёлое материальное положение, связанное с нерегулярностью или отсутствием занятости и дохода, повышает риск прекращения терапии: один из трёх, прекращавших приём АРВ-препаратов, находится в тяжёлом материальном положении, испытывая трудности иногда даже с покупкой еды.

Среди людей, прекращавших лечение, существенно меньше работающих на полную ставку, и больше тех, кто не захотел сообщить об источнике своего дохода или не имеет постоянного дохода.

Имеет смысл рассматривать ЛЖВ принимающих АРВ-терапию с низкими доходами (независимо, есть постоянная работа или нет) как отдельную уязвимую группу, требующую дополнительного внимания.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения Республики Беларусь, основному получателю гранта Глобального фонда – РМППЦ НТ, организациям, работающим в сфере оказания услуг в связи с ВИЧ.

Для преодоления выявленных в результате исследования барьеров приверженности к лечению АРВ-терапией определены следующие основные направления деятельности по повышению уровня приверженности, которые рекомендуется реализовать:

- развитие системы комплексных психосоциальных услуг для ЛЖВ, включающих обучающие мероприятия по приверженности к лечению АРВ-терапией, с фокусом на регионах с большой численностью ЛЖВ;
- обязательное лечение вирусных гепатитов у ЛЖВ, принимающих АРВ-терапию и имеющих ко-инфекции гепатитов В и С;
- создание и развитие центров комплексного социального сопровождения для предоставления специальных услуг для ЛЖВ, находящихся в тяжелом материальном положении;
- включение информационных программ для ЛЖВ в национальную программу по ВИЧ-инфекции;
- развитие программ по улучшению информированности ЛЖВ о различных аспектах лечения АРВ-терапией на базе общественных организаций.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение 1 . Число людей, живущих с ВИЧ, по состоянию на 01.10.2017 г. в областях Республики Беларусь и г. Минске

Регион	Число людей, живущих с ВИЧ, по состоянию на 01.10.2017 г.
Гомельская область	7 148
Минская область	2 985
г. Минск	3 998
Могилевская область	1 276
Брестская область	1 429
Витебская область	1 009
Гродненская область	819
Вся Беларусь	18 664

Приложение 2 . Число ЛЖВ на АРВТ в областях Республики Беларусь и г. Минске (по состоянию на 01 октября 2017 г.)

Регион	Число ЛЖВ на АРВТ по состоянию на 01.10.2017 г.
Гомельская область	3 459
Минская область	1 522
г. Минск	1 812
Могилевская область	586
Брестская область	738
Витебская область	640
Гродненская область	404
Вся Беларусь*	9 161

*Кроме этого 829 пациентов получают исполнения наказаний МВД РБ антиретровирусную терапию в исправительных учреждениях Департамента исполнения наказаний МВД РБ.*Приложение 3.*

Наиболее частые негативные побочные эффекты от приёма АРВ-препаратов (среди пациентов, испытывающих негативные эффекты от приема АРВТ на сегодняшний день).

НЕГАТИВНЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	% от всех испытывающих побочные эффекты в настоящее время
Чувство усталости или слабость	38%
Перепады настроения, чувство дезориентации или тревожности, яркие или беспокойные сновидения, кошмары, галлюцинации	29%
Потеря жира/веса, липодистрофия	28%
Тошнота, рвота, отсутствие аппетита	20%
Головокружение	11%
Бессонница, нарушение сна	10%
Головные боли	9%
Расстройство желудка, боли/жжение в животе	8%
Диарея	8%
Потеря чувствительности (онемение) или боль в пальцах рук и/ или ног	6%
Сонливость	6%
Проблемы с печенью	6%
Боли в суставах, костях	5%
Пожелтение склер или кожи, светлый кал или темная моча, чувствительность или покалывание в области печени	4%
Проблемы с давлением	3%
Депрессия	3%

*Сумма ответов превышает 100 % поскольку один респондент мог назвать несколько разных негативных побочных эффектов.

Приложение 4.

Опросник для определения уровня знаний об АРВ-терапии.

Что такое вирусная нагрузка? Правильный или близкий – 1 балл : неправильный или не знаю -0

Что такое уровень cd-4 клеток? Правильный или близкий – 1 балл: неправильный или не знаю -0

Насколько важны следующие составляющие при АРВ-терапии для её успеха?

1. Прием всех назначенных препаратов в правильном количестве :затрудняюсь ответить и от 0 до 3 – 0 баллов : от 4 до 6 - 1 балл : от 7 до 10 – 2 балла

2. Прием всех препаратов в установленное время : затрудняюсь ответить и от 0 до 3 – 0 баллов : от 4 до 6 - 1 балл : от 7 до 10 – 2 балла

3. Прием препаратов в соответствии с указанным пищевым режимом :затрудняюсь ответить и от 0 до 3 – 0 баллов : от 4 до 6 - 1 балл : от 7 до 10 – 2 балла

4. Регулярное посещение лечащего врача :затрудняюсь ответить и от 0 до 3 – 0 баллов : от 4 до 6 - 1 балл : от 7 до 10 – 2 балла

5. Проведение диагностических исследований :затрудняюсь ответить и от 0 до 3 – 0 баллов : от 4 до 6 - 1 балл : от 7 до 10 – 2 балла

Максимально 10 баллов и исходя их этой шкалы – высокий, средний и низкий уровень.

Над исследованием « Барьеры в приверженности к лечению
ВИЧ-инфекции в республике Беларусь » работали:

Интервьюеры:

Вильчевская М. И.

Журавская Т. В.

Кодис Н. Г.

Козел Д. А.

Красикова А. Н.

Клинтухова И. М.

Немировская Е. Ю.

Павельчук А. А.

Прокопенко В. В.

Тагиль О. А.

Тулакина О. А.

Туркина О. А.

Ходанович Е. В.

Бухгалтер - Новик Г. И.

Координатор – Лешенок А.А.