



Государственное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
«Иркутский государственный институт усовершенствования  
врачей Федерального агентства по здравоохранению и  
социальному развитию»

 *Здоровая  
Россия*

**Вопросы оказания  
специализированной  
медицинской помощи  
при ВИЧ-инфекции у  
лиц, употребляющих  
психоактивные  
вещества**

**Учебное пособие**

**Москва 2010**



**Вопросы оказания  
специализированной медицинской  
помощи при ВИЧ-инфекции у лиц,  
употребляющих психоактивные  
вещества**

**Учебное пособие**

**Москва 2010**

УДК 614.2: 616.98: 578.828 Н1В  
ББК 51.1 (2) 285.148  
В 74

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей

Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества: Учебное пособие. - 2010. 113 с.

Учебное пособие разработано в соответствии с Типовой программой дополнительного профессионального образования врачей по проблеме ВИЧ/СПИД, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В пособии рассматриваются вопросы функционирования инфекционной и наркологической службы в системе здравоохранения Российской Федерации, а также вопросы эпидемиологии, лабораторной диагностики, клинического течения и профилактики ВИЧ-инфекции, формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ.

Пособие предназначено для врачей-инфекционистов, наркологов, психиатров, а так же врачей, проходящих первичную специализацию (интернатуру, клиническую ординатуру) по соответствующим специальностям.

В разработке пособия принимали участие эксперты ведущих российских научно-исследовательских и образовательных учреждений:

- Иркутского государственного института усовершенствования врачей;
- Российского Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом;
- Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования;
- Оренбургской государственной медицинской академии;
- Национального научного центра наркологии;
- Московского государственного медико-стоматологического университета.

Учебное пособие разработано при поддержке Фонда «Здоровая Россия»

© Фонд «Здоровая Россия», 2010

## **АВТОРЫ:**

**Беляева Валентина Владимировна** – д.м.н., ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом

**Карпец Андрей Владимирович** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ГОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Кошкина Евгения Анатольевна** – д.м.н., профессор, руководитель отделения эпидемиологии и организации наркологической помощи ФГУ “Национальный научный центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Ленок Галина Викторовна** - к.м.н., доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней ГОУ ДПО “Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Мартынов Юрий Васильевич** - д.м.н., профессор, заместитель заведующего кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии по научной работе ГОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации”

**Петрунько Ольга Вячеславовна** - к.м.н., доцент кафедры психиатрии ГОУ ДПО “Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Пивень Дмитрий Валентинович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ДПО “Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Скачков Михаил Васильевич** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии и инфекционных болезней ГОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Софронов Александр Генрихович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГОУ ДПО “Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Шпрах Владимир Викторович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии ГОУ ДПО “Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Шухов Владимир Семенович** - д.м.н., ГОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации”

**Ющук Николай Дмитриевич** – д.м.н., профессор, академик РАМН, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ГОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации”

## **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**Арзуманов Юрий Леонидович** – д.м.н., профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии ФГУ “Национальный научный центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

**Ермак Татьяна Никифоровна** – д.м.н., ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом

**Игонин Андрей Леонидович** – д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, руководитель отдела судебно-психиатрических проблем наркомании и алкоголизма ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава»

**Коженикова Галина Михайловна** – д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней с курсом эпидемиологии ГОУ ВПО “Российский университет дружбы народов”

**Шамов Сергей Александрович** – д. м. н., Заслуженный врач РФ, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета последипломного образования ГОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации”, научный руководитель Московской наркологической клинической больницы №17

## **РАЗРАБОТЧИКИ И СОСТАВИТЕЛИ ОТ ФОНДА «ЗДОРОВАЯ РОССИЯ»:**

**Дмитриева Елена Викторовна** - директор фонда “Здоровая Россия”, д.с.н., профессор кафедры ММСИ социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова.

**Фролов Сергей Анатольевич** - директор программ фонда “Здоровая Россия”, преподаватель кафедры социология молодежи социологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова.

**Рюмина Ирина Ивановна** – медицинский консультант фонда «Здоровая Россия», д.м.н., руководитель отделения патологии новорожденных ФГУ “Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова».

**Орлова Марина Олеговна** – руководитель программ по наркологии и ВИЧ фонда «Здоровая Россия».

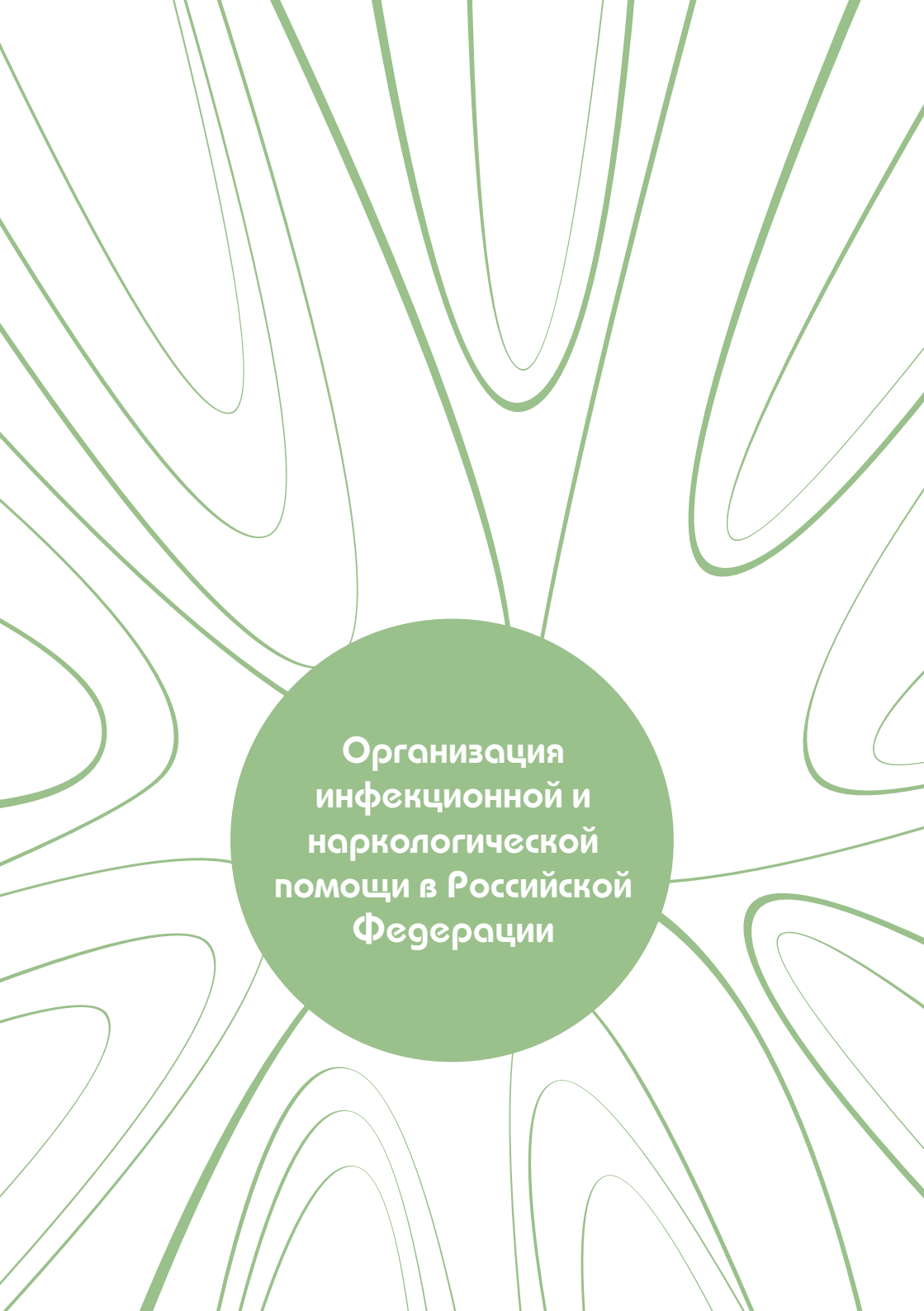
**Беляев Владимир Сергеевич** – старший специалист программ по наркологии и ВИЧ фонда «Здоровая Россия».

## Содержание

Организация инфекционной и наркологической помощи в Российской Федерации .....	9
ВИЧ-инфекция, СПИД .....	17
Эпидемиология ВИЧ-инфекции.....	21
Клиническое течение ВИЧ-инфекции .....	25
Особенности проведения дифференциальной диагностики поражения органов и систем при ВИЧ-инфекции .....	31
Течение ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ .....	37
Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции .....	44
Лечение ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ.....	49
Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции.....	55
Лечение психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ .....	63
Паллиативная помощь больным с ВИЧ-инфекцией на фоне потребления психоактивных веществ.....	75
Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ.....	81
Консультирование и медицинские коммуникации при ВИЧ-инфекции.....	87
Проблемы стигматизации и дискриминации, связанные с ВИЧ -инфекцией....	91
Технология формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции у наркопотребителей (медико-социальное сопровождение) .....	95
Литература.....	108







Организация  
инфекционной и  
наркологической  
помощи в Российской  
Федерации

## Организация инфекционной и наркологической помощи в Российской Федерации

Исторически наркология в СССР была выделена из системы психиатрической помощи в 1976 году с целью приоритетного развития медицинской помощи при алкогольной зависимости.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, в частности алкоголизм, наркомания, токсикомания, включены в перечень социально-значимых заболеваний.

В соответствии со статьей 41 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Виды и объём медико-социальной помощи, предоставляемой данной категории граждан, устанавливаются Минздравсоцразвития России. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. Ряд мероприятий по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту осуществляется за счёт средств федерального бюджета в рамках Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 гг.», утверждённой Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.09.2005 № 561.

В Российской Федерации в государственных медицинских учреждениях работают примерно 5 900 врачей психиатров-наркологов. Наркологическая служба России включает в себя около 170 наркологических диспансеров и 14 наркологических больниц.

Пациенты, учтённые в нашей стране государственной статистикой в связи с алкогольной зависимостью, в 2008 году составили около 2 млн. человек. В 2008 году было зарегистрировано более 370 тысяч лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, из них большинство составили лица, принимающие опийные наркотики, в частности, героин (диацетилморфин). Из общего числа зарегистрированных в России ПИН 11,8% являлись ВИЧ-инфицированными. В 17 субъектах Российской Федерации зарегистрирован уровень, превышающий 20% ВИЧ-инфицирования среди ПИН.

Ежегодно в Российской Федерации около 700 тысяч больных получают стационарное наркологическое лечение.

Инфекционная служба является неотъемлемой частью санитарно-эпидемиологического надзора, являющегося составной структурой социально-гигиенического мониторинга, который рассматривается как государственная система наблюдения за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализе, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания (Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 30.01.20001, №196).

Деятельность по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции базируется на принципах:

- законности;
- системности;
- доступности медицинской помощи;
- безопасности медицинской помощи;
- конфиденциальности;
- добровольности участия общественных объединений и граждан в реализации задач по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;
- приоритетности профилактических мер в борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Наркология, будучи дополнительной специальностью, закономерно вытекает из психиатрии, осуществляет свою организационную деятельность в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Правовые основы оказания наркологической помощи больным наркоманиями дополнительно определены Федеральным Законом от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». В Законе имеются две статьи, посвящённые медицинским вопросам: статья 54 «Наркологическая помощь больным наркоманией» и статья 55 «Деятельность учреждений здравоохранения при оказании наркологической помощи больным наркоманией». Федеральным Законом от 25.10.2006 № 170-ФЗ «О внесении изменений в статью 1 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» законодательно закреплены такие понятия как профилактика наркомании и антинаркотическая пропаганда.

Основные принципы организации и функционирования наркологической службы в РФ

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи» психиатрическая-наркологическая медицинская помощь относится к специализированной медицинской помощи и может быть организована в таких учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации, как наркологический диспансер, специализированная наркологическая больница, наркологический центр. Наркологическая служба в большинстве территорий нашей страны является самостоятельной. В некоторых регионах (Иркутская, Саратовская, Свердловская области и др.) наркология объединена с психиатрией.

Специализированная наркологическая помощь в России оказывается на основе диспансерного принципа работы. Все лица с наркологическими расстройствами прикрепляются к врачу психиатру-наркологу по месту жительства на профилактическое или диспансерное наблюдение. Врач проводит все виды лечения и осуществляет систематический контроль за состоянием пациента в период ремиссии. Иначе говоря, в России существует система наблюдения за зарегистрированными наркологическими больными, обратившимися в государственные медицинские учреждения, и, соответственно, система государственной медицинской отчётности, позволяющая характеризовать распространённость наркологических расстройств среди населения.

Важный принцип оказания наркологической помощи в РФ – добровольность. Диагностика, лечение, наблюдение и реабилитация проводятся добровольно по самостоятельному запросу пациента (или его законного представителя) и с его информированного (письменного) согласия в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993

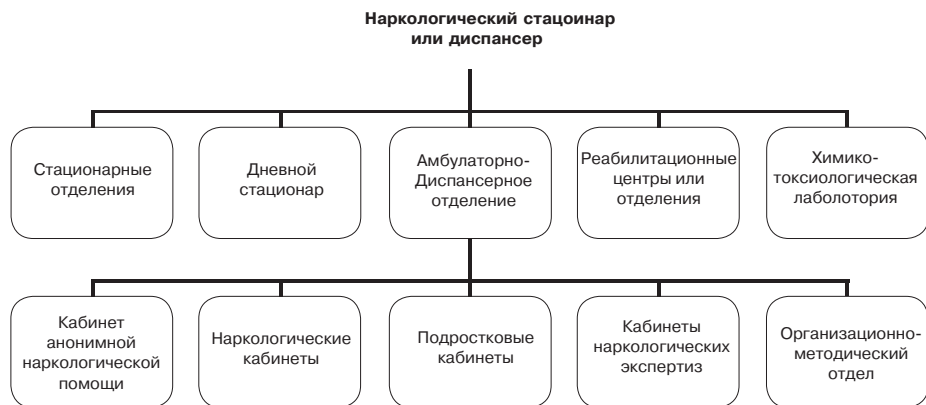
№ 5487-1 (пункт 7 статьи 30 «Права пациента», часть 1 статьи 32 «Согласие на медицинское вмешательство», часть 1 статьи 33 «Отказ от медицинского вмешательства»). Наркологическая помощь может оказываться недобровольно в соответствии со статьей 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», а также по решению суда, направившего пациента на обязательный курс лечения.

В Российской Федерации осуществляется бесплатное лечение наркологических заболеваний в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам страны медицинской помощи. При обращении в государственную или муниципальную наркологическую службу в Российской Федерации пациенту не требуется полис обязательного медицинского страхования, финансирование помощи осуществляется за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации по рекомендуемым федеральным центрам объёмам стационарной и амбулаторно-поликлинической наркологической медицинской помощи, а также нормативам финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи (письмо МЗ и СР и ФФОМС от 22.08.2005 № 4076-ВС/3986/40-3и). Лица, получающие бесплатную наркологическую помощь в рамках программы государственных гарантий, регистрируются в базе данных наркологических учреждений. Однако все пациенты имеют право на получение анонимной наркологической помощи, которая, как правило, оказывается за плату. При обращении за лечением к наркологу пациенты чаще используют программы анонимного лечения без идентификации личности и записи в наркологической карте.

Основным учреждением здравоохранения, осуществляющим оказание наркологической помощи населению, является наркологический диспансер.

### **Схема 1.** Структура наркологического диспансера – основного звена региональной наркологической помощи

#### **Структура государственной наркологической службы в субъектах Российской Федерации**



Основными нормативными документами, определяющими клиническое ведение пациентов с зависимостью от ПАВ в нашей стране, являются ведомственные приказы «Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» (приказ МЗ № 140 от 28.04.98г.) и «Реабилитация больных наркоманией. Протокол ведения больных» (Z 50.3, приказ МЗ РФ № 500 от 22 октября

2003 г.). В соответствии с указанными нормативно-правовыми актами в каждом конкретном случае индивидуально решается вопрос об условиях (стационарных, амбулаторно-поликлинических) и длительности лечения. Для организации конкретных планов и схем лечения пациентов можно использовать руководство по наркологии, которое вышло в 2008 году в серии «Национальные руководства» в рамках национального проекта «Здоровье» и было рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей.

В связи с эпидемией ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации наркологической службе приходится взаимодействовать со службами профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, а также общественными организациями, работающими в данной сфере. Можно выделить несколько уровней организации взаимодействия наркологов и инфекционистов: федеральный, региональный, муниципальный и последний, но далеко не последний по значимости – локальный внутриведомственный. Таким образом осуществляется сотрудничество между конкретными медицинскими учреждениями. Официальными инструментами такого взаимодействия выступают федеральные или целевые региональные и муниципальные программы по профилактике, лечению наркомании и ВИЧ-инфекции. Для повышения эффективности и согласованности в совместной работе руководители служб, как правило, входят в состав межведомственных комиссий и рабочих групп разного уровня. Врачи-специалисты (наркологи и инфекционисты) участвуют в совместных конференциях и составляют костяк мультипрофессиональных бригад медицинского и социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков.

Проблемные вопросы организации наркологической помощи населению в России и совершенствования её нормативной правовой базы стоят очень остро и требуют решения.

Необходимо выделить следующие актуальные вопросы организации наркологической помощи, имеющие важное прямое или косвенное отношение к организации лечения ВИЧ-инфекции у наркозависимых:

- недостаток нормативно-правовой базы в некоторых аспектах организации наркологической помощи (отсутствие наркологических комментариев к Закону о психиатрической помощи, сложности в использовании механизмов обязательного лечения, регистрации и диспансерного учёта; слабо проработанная организация обмена персонализированной информацией с инфекционной службой);
- отсутствие персонализированного учёта при анонимном лечении в наркологии;
- высокий порог доступности лечения, особенно для больных наркоманией и наркологически зависимых лиц без определённого места жительства;
- слабая дифференциация наркологических программ в зависимости от степени тяжести зависимости, пола пациента, наличия маленьких детей;
- крайне низкая обеспеченность страдающего наркологическими заболеваниями населения государственными реабилитационными наркологическими центрами;
- кадровые проблемы наркологии: недостаток подготовленных сотрудников мультипрофессиональных бригад (психотерапевтов, реабилитологов, социальных

работников); профессиональное «выгорание» и высокая текучесть персонала;

- низкий уровень организации наркологической помощи в местах лишения свободы;

- слабая система межсекторного и межведомственного взаимодействия наркологической службы с общественными «СПИД-сервисными» организациями, инфекционной службой и структурами социального обеспечения.

Организационные проблемы наркологии накладываются и на существующие пробелы во взаимодействии между наркологической и инфекционной службами.

#### Узкие места взаимодействия наркологической службы с амбулаторной и стационарной инфекционной службой

Проблема широкого распространения ВИЧ-инфекции и гепатитов среди наркозависимых в Российской Федерации привела к необходимости интеграции работы инфекционистов и наркологов. Эта объединённая деятельность находится на этапе своего раннего становления. Существуют несколько «узких» или «слабых» мест организации межведомственного взаимодействия при оказании медицинской помощи наркологическим больным.

Врачи-наркологи недостаточно подготовлены по вопросам до- и послетестового консультирования при сдаче анализа на ВИЧ. Они плохо знают клинику разных стадий ВИЧ-инфекции (включая деменцию при СПИДе) и особенности АРВ-терапии (показания, побочные действия и др.). Врачи-инфекционисты слабо ориентируются в психических и поведенческих нарушениях у потребителей психоактивных веществ, не знают современные технологии мотивирования наркозависимых к лечебным программам. И те и другие специалисты испытывают потребность в помощи друг другу, но зачастую работают врозь и не осознают себя единой командой. Медицинские и социальные работники имеют смутное представление о паллиативной помощи и уходе для ВИЧ-инфицированных.

Наркологические больные часто на ранних сроках прерывают курс лечения в связи с отказом от лечения. В связи с этим они не получают послетестового консультирования, так как результат теста обычно становится известным только через 6-12 дней после сдачи анализа на ВИЧ. Связь с пациентом после выписки затруднена, требуются специальные технологии поиска пациента для последующего консультирования.

В виду хронического характера наркологического заболевания пациенты многократно поступают на лечение и проходят тестирование на ВИЧ и гепатиты. Необходима разработка информационной системы, исключающей многократное тестирование больных при известном положительном результате. Проблема осложняется частым использованием анонимного лечения среди наркологических больных.

В государственных наркологических и инфекционных службах слабо развита система поиска и привлечения пациентов к лечебным программам. Для скрытого контингента наркозависимых лиц требуется организация уличной «левой» работы по информированию о медицинских услугах и мотивированию к лечению. Эту роль обычно играют сотрудники общественных организаций, в том

числе «равные консультанты» из числа адаптированных наркозависимых и ВИЧ-инфицированных.

В этой связи целесообразно выделить следующие стратегии актуальных организационно-методических действий:

- Обеспечение наркологической службы кадрами и повышение квалификации специалистов;
- Разработка и внедрение принципиально новых стандартов диагностики, лечения больных алкоголизмом, токсикоманией и наркоманией;
- Развитие реабилитационного звена в практике наркологической службы;
- Разработка нормативной базы наркологической службы (проекты приказов о медицинском освидетельствовании; о медицинском наблюдении и учёте больных наркологического профиля; положении о наркологических учреждениях здравоохранения и др.);
- Повышение приверженности к программам наркологического лечения и реабилитации;
- Эффективное взаимодействие с заинтересованными службами, в частности со службой лечения ВИЧ-инфекции;
- Разработка критериев оценки эффективности деятельности наркологической службы.

Необходимо подчеркнуть важность усиления активности руководства учреждений и отдельных специалистов в межведомственном взаимодействии. Правовые и нормативные сложности в обмене информацией о зарегистрированных в службах пациентах, результатах обследования на ВИЧ и наркологического лечения приводят к необоснованным экономическим и временным потерям, недовольству пациентов и профессиональному утомлению специалистов. В ближайшее время предстоит устранить кадровые и правовые сложности в оказании инфекционной и наркологической помощи особым группам населения, практикующим рискованное поведение: скрытым наркопотребителям, заключённым в места лишения свободы, коммерческим секс-работникам. Особое внимание следует уделить вопросам послетестового консультирования на ВИЧ для пациентов, досрочно отказавшихся от продолжения наркологического лечения.

Современная наркология – одна из наиболее социально ориентированных медицинских дисциплин. Это налагает на наркологию дополнительную нагрузку: совершенствование нравственного облика врачей, повышение толерантности общества к лицам с наркологическими расстройствами, достижение баланса интересов больного и общества, ограничение сферы принуждения в отношении больных до пределов строгой медицинской необходимости. Наркологическое вмешательство должно решать проблемы больного, а не создавать ему новые. Специфика наркологии вызывает необходимость существования этического механизма саморегулирования профессионального сообщества психиатров и наркологов. В апреле 1994 года Пленум Правления Российского общества психиатров и наркологов принял «Кодекс профессиональной этики психиатров».

Чтобы соответствовать заявленным этическим нормам, в наркологии необходимо следовать определённым правилам взаимодействия с пациентом [Пелипас, 2008]:

1. Не осуждать. Осуждение – это не путь преодоления проблем.
2. Не унижать. Цель лечебного процесса – оживить и развить нормативную

личность с новыми стартовыми возможностями. Фрустрированная, пассивно подчиняемая, «дезактивированная» личность – это первый кандидат на скорый рецидив.

3. Не злоупотреблять насилием. Любые санкции в отношении пациента должны носить легитимный и психотерапевтический характер. В них не должны звучать какие-либо личные, тем более аффективно окрашенные или корыстные мотивы.

4. Не спорить. Спор ничего не решает и не доказывает, он зарождает аффективную напряженность и взаимную неприязнь.

5. Не обманывать. Пациент и специалист, взаимодействуя в лечебно-реабилитационном процессе, особо нуждаются во взаимном доверии.

6. Не предавать. Не раскрывать личных и семейных тайн пациента.

7. Не бросать. Не оставлять пациента одного со своими проблемами, не отказывать ему в помощи. Лечебно-реабилитационный процесс призван облегчать состояние пациента, а не усугублять его, освобождать от сложных проблем, а не нагромождать новые трудности, ещё более сложные.

### **Рекомендуемая литература:**

1. Басманова Т.Б. Нормативное правовое регулирование организации оказания психиатрическо-наркологической медицинской помощи населению Российской Федерации // Вопросы наркологии. – 2007. - №3. – С. 10-14.

2. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1 и 2. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2006. – 272 с.

3. Кошкина Е.А., Шамота А.З. Организация наркологической помощи // Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 32-41. (Серия «Национальные руководства»)

4. Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (В редакции ФЗ от 21.07.1998 №117-ФЗ, от 25.07.2002 №116-ФЗ, от 10.01.2003 №15-ФЗ, от 22.08.2004 №122-ФЗ)

5. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ (В редакции ФЗ от 25.10.2006 № 170-ФЗ).

6. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 2000. – С.275.



The background features a central dark green circle. From this circle, several thin, light green lines radiate outwards, curving and looping to create a pattern reminiscent of a stylized sunburst or a flower. The overall aesthetic is clean and modern, using a monochromatic green color palette.

**ВИЧ-инфекция, СПИД**

## ВИЧ-инфекция, СПИД

Структура и жизненный цикл ВИЧ определяют особенности патогенеза заболевания. Характеризуя структуру ВИЧ, следует обратить внимание на своеобразие системы обратной транскриптазы, многолетнюю персистенцию возбудителя и его действие в организме инфицированного с прогрессированием недостаточности иммунитета, что приводит к развернутой клинической картине ВИЧ-инфекции и последующей

Цитопатическое действие ВИЧ приводит к поражению клеток крови, нервной, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, эндокринной и других систем, что приводит к неуклонному прогрессированию ВИЧ-инфекции и развитию вторичных/оппортунистических поражений и полиорганной недостаточности на поздних стадиях болезни.

К факторам, оказывающим влияние на скорость прогрессирования ВИЧ-инфекции относятся:

- **возраст в момент заражения:** в 2 раза быстрее болезнь прогрессирует у лиц, заразившихся в возрасте старше 35 лет по сравнению с лицами, заразившимися в 16-25 лет;
- **путь заражения:** более быстрая прогрессия у реципиентов крови; на 3-4 года позднее у гемофиликов, у мужчин, практикующих секс с мужчинами, у потребителей психоактивных препаратов;
- **течение «острой» ВИЧ-инфекции;**
- **своевременная профилактика и лечение оппортунистических заболеваний;**
- **своевременное начало АРВ-терапии.**

Психоактивные вещества (ПАВ) на патогенез болезни не влияют, однако важно подчеркнуть, что у потребителей ПАВ существует больший риск заражения ВИЧ и ИППП (в результате изменения поведения под действием ПАВ). У инфицированных ВИЧ-потребителей инъекционных наркотиков гораздо чаще развиваются бактериальные (абсцессы, флегмоны, сепсис, септический эндокардит, пневмония, туберкулез) и вирусные инфекции (ко-инфекция вирусными гепатитами В и С). На продолжительность жизни таких пациентов влияет не только АРТ, но и своевременное лечение ВГВ и ВГС.

Оппортунистические инфекции имеют эндогенное происхождение и возникают за счет активации собственной микрофлоры человека вследствие снижения иммунитета, например, эндогенная активация микобактерий туберкулеза или активация очагов токсоплазмоза в ЦНС с развитием церебрального токсоплазмоза. Также они имеют и экзогенное происхождение, например, развитие туберкулеза вследствие заражения, как это часто бывает у заключенных в местах лишения свободы.

Следует отметить большой спектр поражаемых ВИЧ клеток в организме больного, высокую скорость репликации вируса, связь количества CD4+лимфоцитов и прогрессирования болезни. В среднем в организме больного за сутки образуются и разрушаются около 1 млрд. вирусных частиц.

В патогенезе ВИЧ-инфекции присутствуют два противоборствующих элемента — активное агрессивное воздействие ВИЧ и ответные защитные реакции организма. Однако в результате этой «борьбы» с биологической точки зрения, вне всякого сомнения, выигрывает вирус.

Попадая в организм человека, ВИЧ поражает, прежде всего, CD4+Т-лимфоциты, клетки, экспрессирующие CD4-подобные молекулы — моноциты, макрофаги, а также клетки микроглии и некоторые другие. Кроме того, возможно прямое или опосредованное действие вируса на систему крови, нервную, сердечнососудистую, эндокринную и другие системы, что обуславливает полиорганность поражений и разнообразие клинической симптоматики.

Уже через 5—10 суток после заражения в крови появляется антиген р24, одновременно начинается вирусемия, которая достигает максимума на 10—20-е сутки и продолжается до появления специфических антител (период сероконверсии - длится в среднем от 2 недель до 3 месяцев после заражения)

Благодаря иммунному ответу вирусемия сдерживается, и болезнь переходит в длительную бессимптомную фазу. Постепенно количество и функциональная активность CD4-клеток снижается и развивается картина иммунодефицита, приводящего к возникновению оппортунистических инфекций и опухолевых процессов. В этот период количество циркулирующих антител уменьшается, интенсивность вирусемии нарастает.

Нарушения в иммунной системе при ВИЧ-инфекции имеют сложный характер и проявляются не только снижением количества CD4-клеток, но и нарушением их функциональной активности, активацией и увеличением количества CD8-клеток, нарушением соотношения CD4/CD8, повышенной продукцией иммуноглобулинов.

Несостоятельность иммунной системы связана с мутациями вируса и появлением новых подтипов возбудителя. Для ВИЧ характерна высокая скорость репликации и, соответственно, большой оборот вирусных частиц – имеются сведения, что в среднем за сутки образуется и разрушается около 1 млрд вирусных частиц. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции, длительность жизни как лимфоцитов, так и других иммунных клеток, даже не пораженных вирусом, существенно сокращается, что само по себе ведет к снижению числа клеток.

**Уменьшение количества CD4-клеток является главным звеном патогенеза ВИЧ-инфекции.** Существенную роль в патогенезе играет и нейротропность вируса, его способность вызывать поражение ЦНС, протекающее по типу медленной инфекции.

Иммунный ответ на ВИЧ — образование антител к отдельным антигенным структурам вируса - имеет исключительное значение для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции. Установлено, что многие из этих антител обладают прямым вируснейтрализующим действием. До определенного времени инфицированному организму удается подавлять продукцию ВИЧ. В то же время иммунным реакциям доступен только свободно циркулирующий вирус, а провирус, находящийся внутри клетки, не распознается. После многолетней борьбы происходит истощение защитного потенциала организма, что приводит к массовому размножению вируса и финальному иммунодефициту. Несостоятельность иммунной системы в значительной степени связана со способностью вируса благодаря антигенной изменчивости ускользать от действия антител. Типичные иммунологические феномены, возникающие у больных СПИДом, были хорошо описаны уже при открытии болезни.

Исчезает ответ на митогены и пролиферативный ответ на растворимые антигены. Подавляется продукция ИЛ-2, активность натуральных киллеров, продукция цитотоксических лимфоцитов, способность распознавать антигены. Могут наблюдаться гипергаммаглобулинемия, причем синтезируются иммуноглобулины, обладающие низкой аффинностью, т. е. способностью связываться с антигенами; повышается количество CD8-клеток, нарастает лимфоцитопения,

тромбоцитопения. Антитела к ВИЧ не способны связывать вирус внутри инфицированных клеток, что делает формирующиеся гуморальные иммунные реакции неэффективными. В крови определяют высокие уровни иммуноглобулинов всех классов и циркулирующих иммунных комплексов

По мере накопления вируса в организме, поражаются все более ранние популяции клеток (вплоть до первичных стволовых), прогрессирует разрушение иммунной системы, нарастает иммунодефицит с поражением всех звеньев иммунитета.

Развитие иммунодефицита идет медленно и волнообразно, в течение ряда лет, поскольку уменьшение количества лимфоцитов сначала компенсируется продукцией новых иммунных клеток. Вследствие развивающегося иммунодефицита иммунная система теряет способность противодействовать не только патогенным микроорганизмам, но и условно-патогенной флоре, ранее латентно персистировавшей в организме, что способствует развитию многих вторичных/оппортунистических инфекций, в том числе, туберкулеза, который является ведущим из них в Российской Федерации.

Необходимо подчеркнуть, что, хотя психоактивные вещества на патогенез болезни не влияют, однако важно, что у их потребителей существует больший риск заражения ВИЧ, а у уже инфицированных ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков гораздо чаще развиваются бактериальные (флегмоны, абсцессы, сепсис, септический эндокардит, пневмония, туберкулез) и вирусные (ко-инфекция вирусными гепатитами В и С) инфекции. На продолжительность и качество жизни таких пациентов влияет не только АРТ и профилактика и лечение оппортунистических поражений, но и своевременное лечение вирусных гепатитов.

#### **Рекомендуемая литература:**

1. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 496 с.
2. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция: клиника и лечение. – С.-Петербург, ССЗ «СПИД, секс, здоровье», 2000. – 367с.
3. Бобкова М.Р. Иммуноцит и ВИЧ-инфекция (популярные лекции). - М.: Олимпия Пресс, 2006. – 240с.
4. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Медицина, 2007. - 1032С.

The background features a central dark green circle containing the text. From this circle, several thin, light green lines radiate outwards, creating a sunburst or starburst effect. The overall aesthetic is clean and modern, using a monochromatic green color palette.

Эпидемиология  
ВИЧ-инфекции

## Эпидемиология ВИЧ-инфекции

По данным Федерального Центра СПИД с 1996 г. основной причиной заражения ВИЧ является инъекционное употребление наркотиков с использованием нестерильного инструментария. Несмотря на некоторое снижение влияния этого фактора в последние годы (в связи с ростом передачи ВИЧ посредством гетеросексуальных контактов), для России употребление наркотиков по-прежнему остается ведущим фактором в развитии эпидемического процесса ВИЧ-инфекции. Изучение этой связи имеет важное теоретическое и практическое значение.

Современные представления о проявлениях эпидемического процесса ВИЧ-инфекции предполагают формирование унифицированных подходов к соответствующей терминологии. В этой связи предлагается следующая трактовка ряда понятий:

- «Риск» - возможность (вероятность) наступления какого-либо неблагоприятного события;
- «Эпидемиологический риск» - возможность (вероятность) осложнения эпидемиологической ситуации;
- «Группа риска» (контингент риска) - часть населения, преимущественно подвергающаяся повышенному риску заражения возбудителем данной болезни в силу воздействия на нее определенных природных и/или социальных факторов;
- «Фактор риска» - потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход;
- «Риск заражения» - возможность (вероятность) развития инфекционно-го процесса в результате проникновения возбудителя инфекции в инфекционный организм;
- «Риск заболевания» - возможность (вероятность) развития клинического случая (инфекционного процесса) в зараженном организме.

Оценивая ситуацию с распространенностью наркотиков в РФ, по данным, наркологической службы, необходимо отметить следующее:

1. Выявлен стабильно высокий уровень распространенности наркомании среди населения с некоторой тенденцией к росту показателя.
2. В структуре потребляемых наркотиков среди больных, обратившихся за помощью, преобладают, опиоиды(около 88% обратившихся).
3. Среди обратившихся больных преобладали мужчины(соотношение один мужчина на пять шесть женщин).
4. Среди контингента больных преобладают лица в возрасте 20-39 лет (85,4%).
5. Различия между максимальным и минимальным уровнем распространенности наркомании составляет 30 раз.
6. Среди всех территорий РФ выделены 7 территорий, где 0,5% населения больны наркоманией.
7. Из общего числа больных наркоманией 72,6% ПИН (из них 11,9% ВИЧ инфицированы).
8. Высокий уровень ВИЧ среди ПИН (в 4 территориях более 20% от всех ПИН)
9. Выявлен рост первичной заболеваемости и госпитализации, больных наркоманией.

10. Выявлено преобладание злоупотребления ПАВ у детей и подростков.
11. Наблюдается рост смертности среди больных наркоманией по данным СМЭ и наркологической службы.

Имеется тесная взаимосвязь эпидемии ВИЧ-инфекции и наркомании в России.

1. Показатели распространенности и первичной заболеваемости наркомании свидетельствуют о стабилизации процесса наркотизации населения в 2004 г. на относительно высоком достигнутом уровне: в 17 (19,1% от общего числа) субъектах РФ наблюдается высокий уровень распространенности наркомании, в 47 (52,7%) – средний уровень.

2. В 2004 г. в Российской Федерации продолжалось дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции. В серьезную эпидемию ВИЧ-инфекции среди лиц, потребляющих наркотики внутривенно, вовлечены территории России, на которых проживает около половины населения страны. В регионах РФ продолжается распространение ВИЧ-инфекции среди потребляющих наркотики внутривенно. Возрастает количество инфицированных ВИЧ половым путем.

3. Увеличение количества зарегистрированных больных наркоманией, как следствие увеличения популяции потребителей наркотиков, оказывает долговременный эффект на рост количества ВИЧ-инфицированных. Совместный анализ данных выявил наличие связи между распространением наркомании и ВИЧ-инфекции. Эта связь имеет временной лаг, который для показателей распространенности ВИЧ-инфекции составляет 1 год, первичной заболеваемости ВИЧ – 1-2 года.

4. Получена количественная оценка связи изучаемого 9-ти летнего периода по стране в целом. При увеличении на 10% числа зарегистрированных больных наркоманией (в расчете на 100 тыс. населения) по сравнению с предыдущим уровнем через год число зарегистрированных ВИЧ-позитивных увеличивалось на 29,6%, а число впервые выявленных ВИЧ-позитивных – на 31,6%. При увеличении числа впервые выявленных больных наркоманией (в расчете на 100 тыс. населения) на 10% к предыдущему уровню число зарегистрированных ВИЧ-позитивных через два года увеличивалось на 23,4%, а число впервые выявленных ВИЧ-позитивных – на 20,2%.

5. Проведенный анализ по 89 субъектам РФ за 2003-2004 гг. показал, что при возрастании числа зарегистрированных больных наркоманией в 2003 г. на 10%, число ВИЧ-инфицированных в 2004 г. увеличивалось на 7,6%. При возрастании числа зарегистрированных больных наркоманией в 2003 г. на 10%, число выявленных впервые в жизни ВИЧ-позитивных лиц в 2004 г. возрастало на 4,9%. Выявленная закономерность наблюдалась в 79% субъектов РФ.

6. Наряду с этим, в 19 территориях России такая закономерность отсутствует. Изучение уровней показателей и их динамики позволило установить объективные причины отсутствия установленной закономерности для ряда территорий – Ненецкого и Коми-Пермяцкого АО, Карачаево-Черкессии, Калмыкии и Тувы, Ставропольского края, а также ряда областей – Астраханской, Амурской, Камчатской. Вместе с тем, в остальных 11 территориях такие причины не были установлены, что свидетельствует о необходимости дополнительного изучения эпидемиологической ситуации по наркомании и ВИЧ-инфекции путем проведения эпидемиологических выборочных исследований на местном уровне.


7. Из общего числа зарегистрированных ПИН инфицированы ВИЧ 11,9% (в 2006г. – 11,8%). Уровень инфицирования ВИЧ, превышающий 5% зарегис-

трированных ПИН, отмечался в 44 регионах ( в 2006г. – в 47), что составляет более половины субъектов РФ (55%). Более 20% ПИН инфицированы вирусом иммунодефицита человека в 14 субъектах РФ: Калининградская, Ленинградская, Тверская, Рязанская, Орловская, Челябинская, Свердловская, Иркутская, Ульяновская, Читинская и Ивановская области, а также Хабаровский край и г. С.-Петербург, Чеченская Республика.

#### **Рекомендуемая литература:**

1. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа – 2006. ЮНЭЙДС/ ВОЗ, 2006 – [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
2. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа – 2002, ЮНЭЙДС, 2002.
3. Доклад о неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Государственный Совет Российской Федерации. – М. , 2006. – 52 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Состояние наркологической службы и основные тенденции учтенной заболеваемости в Российской Федерации. Статистический сборник. - М. 2007.
5. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 2003-2004 годах. Статистический сборник. - М. 2004
6. Киржанова В.В., Кошкина Е.А., Муганцева Л.А, Покровский В.В., Ладная Н.Н.. Наркомания и ВИЧ-инфекция в России: анализ и поиск закономерностей. Наркология-2006 №12. с. 21-28
7. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (UNAIDS)// Информационный материал. Глобальные данные, 2005.
8. Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: клиника, диагностика и лечение - М.: Геотар Медицина, 2003. – 488 с.



The background features a central green circle containing text. From this circle, several thin green lines radiate outwards, each ending in a larger, teardrop-shaped green outline. The overall effect is a stylized, organic pattern.

**Клиническое течение  
ВИЧ-инфекции**

## Клиническое течение ВИЧ-инфекции

Необходимо подчеркнуть, что Российская клиническая классификация ВИЧ-инфекции отражает течение болезни по стадиям ее развития, что позволяет осуществлять диспансерное наблюдение за больными, определять тактику ведения больного, включая проведение АРВ-терапии, а также прогнозировать течение заболевания.

Кроме того, существует и ряд других клинических классификаций существующих клинических классификаций: классификация ВОЗ, 2007; классификация CDC, США, 1993; классификация ВИЧ-инфекции для детей и подростков CDC, США, 1993; классификация В.И. Покровского, 2001 г.

Согласно принятой в РФ классификации (версия 2001 г.) выделяют следующие стадии ВИЧ-инфекции.

### Стадия 1. Стадия-инкубации.

Это период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений острой инфекции и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3 недель до 3 месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет и антитела к ВИЧ еще не выявляются. Диагноз ВИЧ-инфекции на данной стадии ставится на основании эпидемиологических данных и может быть лабораторно подтвержден обнаружением в крови пациента вируса иммунодефицита человека, его антигенов, нуклеиновых кислот ВИЧ.

### Стадия 2. Стадия первичных проявлений.

2А «Бессимптомная», 2Б «Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний», 2В «Острая ВИЧ-инфекция со вторичными заболеваниями».

В этот период активная репликация ВИЧ продолжается, однако уже проявляется первичный ответ организма на внедрение возбудителя в виде клинических проявлений и/или выработки антител. Считается, что пациент находится в стадии острой ВИЧ-инфекции в течение 6 месяцев после сероконверсии (появления антител к ВИЧ). Стадия первичных проявлений может протекать в нескольких формах. Обращается внимание слушателей на клинические синдромы, характерные для данной стадии, что важно для ранней диагностики ВИЧ-инфекции и расширения возможностей лабораторной диагностики (в циркулирующей крови появляются антитела к ВИЧ).

**2А. Бессимптомная** - отсутствуют какие либо клинические проявления ВИЧ-инфекции или оппортунистических заболеваний, развивающихся на фоне иммунодефицита, ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется при этом лишь выработкой антител.

**2Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний** может проявляться разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто — лихорадка, высыпания (уртикарные, папулезные, петехиальные) на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит. Может отмечаться увеличение печени, селезенки, появление диареи. Иногда развивается так называемый асептический менингит, проявляющийся менингеальным синдромом. При люмбальной

пункции обычно получают нормальный ликвор, вытекающий под повышенным давлением, изредка в ликворе отмечается небольшой лимфоцитоз. Поскольку такая клиническая симптоматика может отмечаться при многих инфекционных болезнях, особенно при детских инфекциях, острую ВИЧ-инфекцию иногда называют мононуклеозоподобным синдромом, краснухоподобным синдромом.

В крови больных с острой ВИЧ-инфекцией могут обнаруживаться широкоплазменные лимфоциты (мононуклеары). Это еще больше усиливает сходство острой ВИЧ-инфекции с инфекционным мононуклеозом. Однако яркая мононуклеозоподобная или краснухоподобная симптоматика отмечается лишь у 15–30% больных с острой ВИЧ-инфекцией. У остальных отмечается 1–2 вышеперечисленных симптома в любых сочетаниях. У отдельных больных могут отмечаться поражения аутоиммунной природы. В целом острая клиническая инфекция отмечается у 50–90% инфицированных лиц в первые 3 месяца после заражения. Начало периода острой инфекции, как правило, опережает сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ. Поэтому при появлении первых клинических симптомов в сыворотке крови больного можно не обнаружить антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ.

**2В. Острая ВИЧ-инфекция со вторичными заболеваниями** - в 10–15% случаев у больных острой ВИЧ-инфекцией на фоне снижения уровня CD4-лимфоцитов и развившегося вследствие этого иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (ангина, бактериальная пневмония, кандидозы, герпетическая инфекция и другие). Эти проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония) и в редких случаях даже иметь смертельный исход.

Для понимания причины развития описанных выше (стадии 2Б и 2В) клинических проявлений важно знать, что в стадии острой инфекции часто отмечается транзиторное, порой значительное, снижение уровня CD4-лимфоцитов.

Продолжительность клинических проявлений острой ВИЧ-инфекции варьируется от нескольких дней до нескольких месяцев, но обычно она составляет 2–3 недели. Исключение составляет увеличение лимфатических узлов, которое может сохраняться на протяжении всего заболевания. Клинические проявления острой ВИЧ-инфекции могут рецидивировать.

**Бессимптомное течение стадии начальной ВИЧ-инфекции прогностически более благоприятно.** Чем тяжелее протекала острая инфекция, тем больше вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции, особенно, если она сопровождалась вторичными заболеваниями.

Неблагоприятным прогнозом считается и длительное течение острого периода ВИЧ-инфекции (сохранение клинической симптоматики более 14 дней). Больной считается находящимся в стадии начальной (первичных проявлений) ВИЧ-инфекции в течение одного года после появления симптомов острой инфекции или сероконверсии. У подавляющего большинства пациентов стадия начальной ВИЧ-инфекции переходит в латентную (субклиническую) стадию, но у некоторых больных, минуя ее, может сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

**Стадия 3. Субклиническая.** Характеризуется медленным прогрессированием иммунодефицита, компенсируемого за счет модификации иммунного ответа и избыточного воспроизводства CD4-клеток. В крови обнаруживаются антитела к ВИЧ; скорость репликации вируса по сравнению со стадией первичных проявлений замедляется. Единственным клиническим проявлением заболева-

ния является увеличение лимфатических узлов, которое, однако, может отсутствовать. Длительность субклинической стадии может варьироваться от 2–3 до 20 и более лет, в среднем — 6–7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение уровня CD4-лимфоцитов, в среднем со скоростью  $0,05\text{--}0,07 \times 10^9/\text{л}$  в год.

**Стадия 4. Стадия вторичных заболеваний.** Обращается внимание на появление вторичных (оппортунистических) заболеваний инфекционных (бактериальных, грибковых, вирусных) и/или онкологических за счет продолжающейся репликации ВИЧ, которая сопровождается гибелью CD4-клеток и истощением их популяции. Клинические проявления оппортунистических заболеваний, наряду с лимфаденопатией, сохраняющейся у большинства больных, и обуславливают клиническую картину этой стадии.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

**Стадия 4А** (обычно развивается через 6–7 лет от момента заражения). Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов ниже  $0,5 \times 10^9/\text{л}$ .

**Стадия 4Б** (через 7–10 лет от момента заражения) — кожные поражения носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Кроме того, могут отмечаться локализованная саркома Капоши, умеренно выраженные конституциональные симптомы (потеря веса, лихорадка), поражения периферической нервной системы, туберкулез. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее  $0,35 \times 10^9/\text{л}$ .

**Стадия 4В** (через 10–12 лет от момента заражения) характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных (оппортунистических) заболеваний, их генерализованным характером, поражением ЦНС. Обычно стадия 4В развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее  $0,2 \times 10^9/\text{л}$ .

В целом **переход ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний является проявлением истощения защитных резервов макроорганизма. Репликация вируса ускоряется, как и скорость падения уровня CD4-лимфоцитов.** Однако этот процесс имеет еще обратимый (по крайней мере, на какое-то время) характер. Спонтанно или вследствие проводимой терапии клинические проявления вторичных заболеваний могут исчезать, поэтому в стадии вторичных заболеваний выделяют фазы прогрессирования (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии или на фоне противоретровирусной терапии, при ее недостаточной эффективности) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

**Стадия 5. Терминальная стадия.** Имеющиеся вторичные заболевания приобретают необратимое течение. Даже адекватно проводимые АРВ-терапия и лечение вторичных заболеваний не эффективны, и больной погибает в течение нескольких месяцев. Для этой стадии типично снижение количества CD4-клеток ниже  $0,05 \times 10^9/\text{л}$ .

**В целом клиническое течение ВИЧ-инфекции отличается большим разнообразием.** Приведенные данные о продолжительности отдельных стадий заболевания носят усредненный характер и могут иметь значительные колебания. Последовательность прогрессирования ВИЧ-инфекции через прохождение всех стадий болезни не обязательна. Например, латентная стадия может при

развитии у пациента пневмоцистной пневмонии (или любого другого оппортунистического поражения) перейти сразу в стадию 4В, минуя стадии 4А и 4Б.

Продолжительность болезни колеблется в широких пределах. Наиболее быстрое из описанных прогрессирование заболевания от момента заражения до смерти составило 28 недель. С другой стороны, известны случаи, когда болезнь оставалась бессимптомной в течение более 20 лет. **Как правило, чем в более старшем возрасте произошло заражение, тем быстрее ее прогрессирование.**

Резюмируя, следует обратить внимание на особенности течения ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ. У инъекционных потребителей наркотиков, имеющих ВИЧ, повышается риск пиогенных и грибковых инфекций, риск развития стрептококковой пневмонии, а риск развития пневмонии, обусловленной гемофильной палочкой, увеличивается в 4 раза. Нужно также учитывать, что ряд возбудителей оппортунистических инфекций (токсоплазмоз, висцеральный лейшманиоз и т.п.) могут передаваться при совместном внутривенном употреблении психоактивных веществ от больных, у которых эти возбудители циркулируют в крови (больные с наличием этих заболеваний).

**В настоящее время большая часть больных ВИЧ-инфекцией в РФ страдает наркоманией.** Течение ВИЧ-инфекции у этой категории пациентов имеет некоторые особенности. Появляющиеся у них чаще, чем у не потребляющих внутривенно психоактивные вещества, бактериальные или грибковые абсцессы, флегмоны, пневмонии, сепсис, септический эндокардит обычно не являются следствием ВИЧ-инфекции. Они развиваются на фоне незначительно сниженного или даже нормального уровня CD4-лимфоцитов, и поэтому не рассматриваются как признаки определенной стадии заболевания. Мнение, что наличие этих поражений способствует более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции, а также, что эти состояния свидетельствуют о поздних стадиях болезни (СПИД), ошибочно.

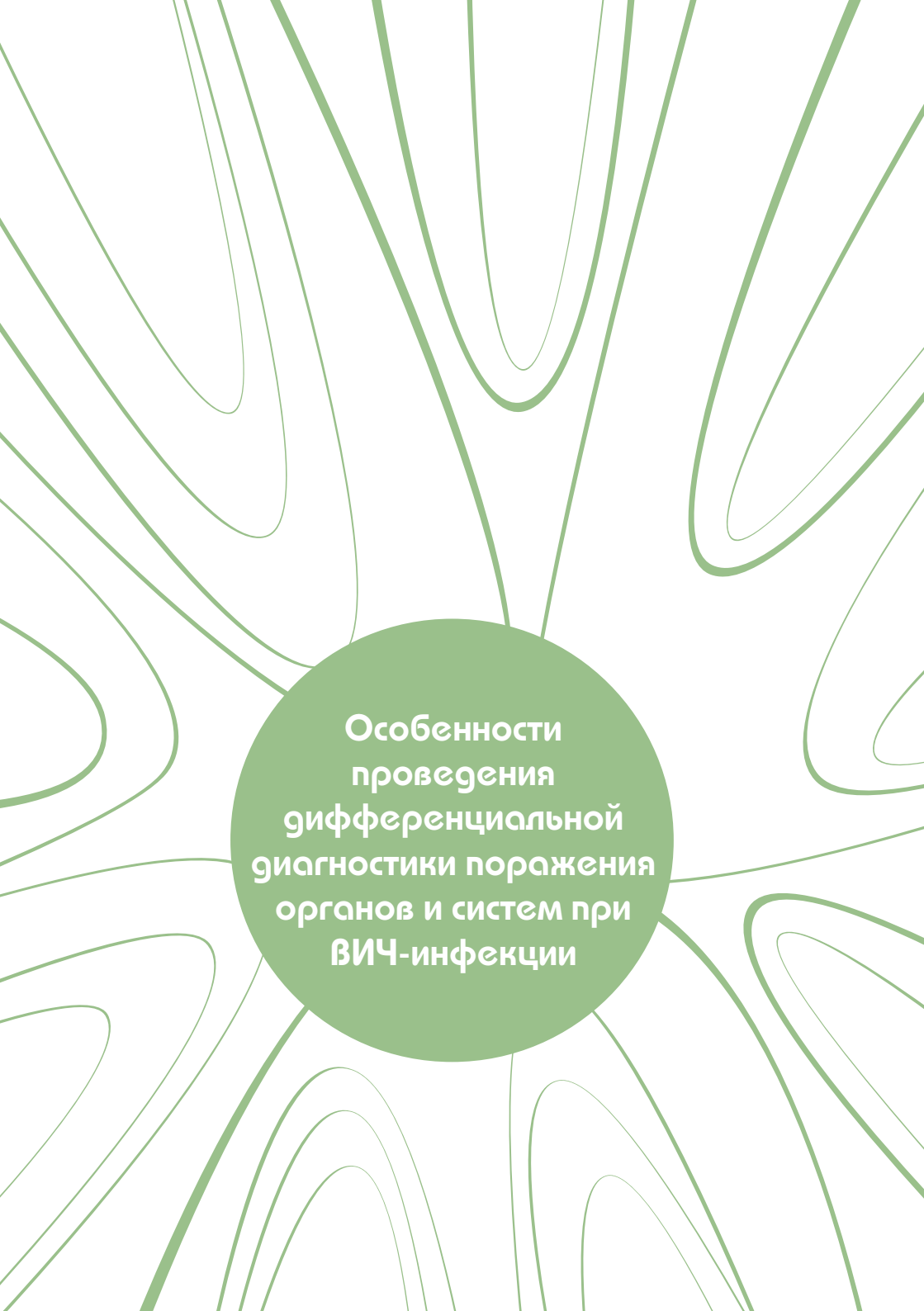
У больных опийной наркоманией имеет значение изменение иммунологического гомеостаза, проявляющегося в нарушении клеточного звена иммунитета. Наблюдается снижение функциональной активности лимфоцитов крови, которое выражается в угнетении пролиферативного ответа лимфоцитов на митогены; выраженное снижение электрофоретической подвижности лимфоцитов; повышение содержания растворимой формы молекулы межклеточной адгезии sICAM 1. У наркозависимых наблюдается снижение количества CD4 - лимфоцитов, повышение концентрации сывороточных иммуноглобулинов, ослабление ответа лимфоцитов на митогены, уменьшение активности натуральных киллеров.

**ВИЧ-инфицированные, вводящие наркотики внутривенно, погибают в 4 раза чаще из-за осложнений, связанных с употреблением психоактивных веществ, чем в результате развития оппортунистических заболеваний**

Кроме этого, ВИЧ-положительные потребители психоактивных веществ в 94 – 97% случаев инфицированы вирусом гепатита С и значительная часть из них имеет маркеры перенесенного гепатита В. Установлено, что ко-инфекция ВИЧ/ВГ С ускоряет темп прогрессирования болезни печени, повышает риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Особенностью течения вирусных гепатитов у наркозависимых является одномоментная репликация нескольких вирусов; моноинфекция гепатита С встречается в 38,6% случаев, микст-гепатиты (HAV+HCV, HAV+HCV+HBV, HBV+HCV) – в 51,3% случаев.

### **Рекомендуемая литература:**

1. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Медицина, 2007. – 1032С.
2. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. - М.: ГЭОТАР-МЕД., 2003. – 488 с.
3. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция /А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронов, А.А. Яковлев. – СПб, 2004. – 696 с.
4. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция (клиника и лечение). – СПб: ССЗ, 2000. 367 с.
5. ВИЧ/СПИД и дети (для медицинских и социальных работников) / Е.Н. Виноградова, Г.В. Волкова, И.В. Грандилевская, О.Л. Грандилевская и др./ Под ред. проф. А.Г. Рахмановой. – СПб.: Изд-во «ВВМ», 2006. – 359 с.



**Особенности  
проведения  
дифференциальной  
диагностики поражения  
органов и систем при  
ВИЧ-инфекции**

## Особенности проведения дифференциальной диагностики поражения органов и систем при ВИЧ-инфекции

Основная причина поражений органов и систем при ВИЧ-инфекции – развитие оппортунистических заболеваний, что определяет клиническую картину и тяжесть течения ВИЧ-инфекции. При синдромальном подходе к диагностике вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции нужно помнить, что у пациентов могут быть проявления нескольких поражений одновременно, но большинство из них не имеют патогномичных симптомов и протекают со сходной симптоматикой.

В клинике ВИЧ-инфекции поражение нервной системы занимает особое место. Это обусловлено рядом обстоятельств: нервная система, и головной мозг в частности, выполняет уникальную функцию обеспечения адаптации организма к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Клинические симптомы и синдромы поражения нервной системы в 4-5% случаев могут быть первыми признаками болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, а на поздних стадиях болезни они наблюдаются у 40% больных; патоморфологические изменения нервной системы обнаруживаются у 70-80% умерших на поздних стадиях болезни.

### **Варианты поражений нервной системы на различных стадиях ВИЧ-инфекции:**

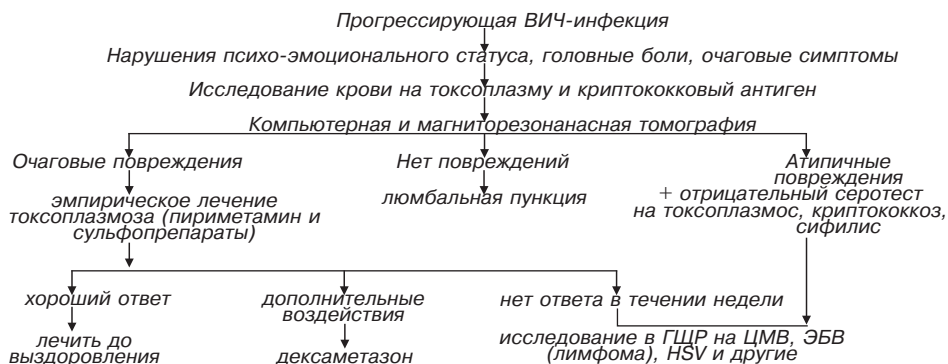
- Первичное поражение нервной системы вирусом иммунодефицита человека (первичные вирусные менингиты, энцефалиты, плекситы, невриты в стадии первичных проявлений, первично вирусный подострый энцефалит - СПИД-дементный комплекс, первично вирусный подострый миелит - вакуолярная миелопатия - в стадии вторичных проявлений и терминальной стадии);
- Поражения нервной системы аутоиммунного генеза (синдром ретробульбарного неврита, синдром рассеянного энцефаломиелита, синдром Гийена-Барре);
- Оппортунистические инфекции нервной системы: герпетическая инфекция, токсоплазмоз, криптококковый менингит, а также другие инфекции, вызываемые разными инфекционными агентами, многие из которых практически не встречаются в ситуациях, не связанных с ВИЧ-инфекцией;
- Опухоли нервной системы, в том числе лимфомы;
- Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, связанные с васкулитами и коагулопатиями;
- Энцефалопатии, миелопатии, полирадикуломиелопатии, обусловленные инфекционным токсокозом, связанным с экстраневральными оппортунистическими инфекциями, и токсическим действием лекарственных средств;
- Реактивные (психогенные) неврологические и психотические расстройства.

Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции является обязательным компонентом инфекционного процесса, о чем свидетельствуют выявление вирусного белка р24 в цереброспинальной жидкости уже на самых ранних этапах болезни. Патогенез поражений нервной системы при ВИЧ-инфекции отличается сложностью, что определено тропизмом вируса преимущественно к астроцитам и, в меньшей мере к другим клеточным структурам паренхимы мозга, к эндотелиальным клеткам сосудов мозга и эпендиме мозговых желудочков, что проявляется изменением местных «барьерных» иммунологических реакций, нарушением функций иммунорегулирующих гормонов и нейропептидов, в значи-



тельной мере определяющих метаболизм нейроцитов и состояние медиаторных систем. Трудности дифференциальной диагностики поражений нервной системы при ВИЧ-инфекции определяются наличием большого числа патогенетических вариантов таких поражений, разнообразием неврологических симптомов и синдромов, их атипичностью, связанной с измененной реакцией организма на инфекционный агент и сочетанным действием на организм нескольких инфекционных агентов одновременно. Предлагается следующий «Алгоритм обследования больного с патологией ЦНС.

### Алгоритм обследования больного с патологией ЦНС (BartlettJ., 1999)



Клиническая картина СПИД-дементного комплекса (СДК) представлена типичной триадой симптомов – нарушениями познавательной деятельности, двигательными расстройствами и изменениями поведения.

### Клинические стадии СПИД-дементного комплекса

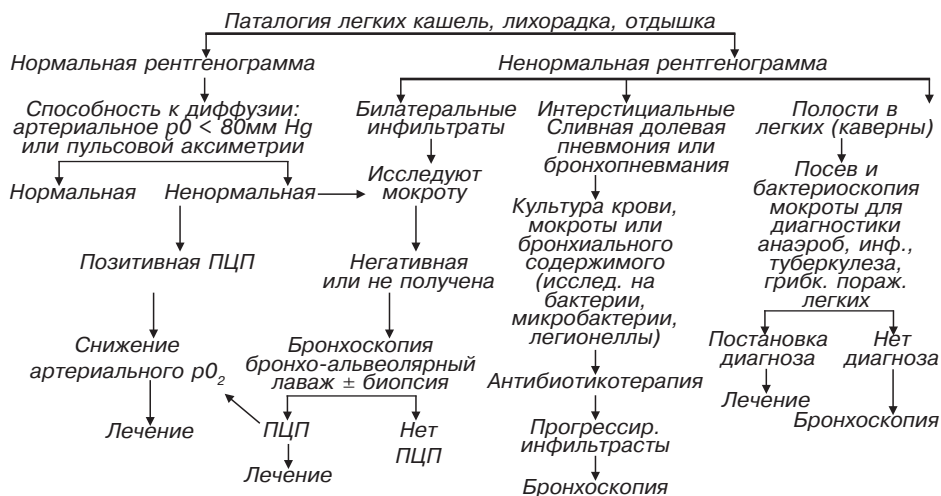
Стадия 0	Нормальные психические и двигательные функции.
Стадия 0,5 (субклиническая)	Слабо выраженные симптомы при сохраненной активности и способности к труду.
Стадия 1,0 (слабовыраженная)	Несомненные признаки функциональной недостаточности (больной способен выполнять все, но лишь в определенных пределах).
Стадия 2,0 (умеренная)	Работать не может, но выполняет основные обязанности по самообслуживанию.
Стадия 3,0 (выраженная)	Значительный интеллектуальный или двигательный дефект.
Стадия 4,0 (конечная)	Состояние, близкое к вегетативному.

Более чем у 80% больных ВИЧ-инфекцией диагностируются поражения легких, из которых 90% имеют инфекционный генез, преимущественно туберкулезный. Важно подчеркнуть, что туберкулез легких на поздних стадиях ВИЧ-инфекции имеет атипичное течение, часто регистрируются внелегочные формы и генерализованный процесс.

Заболевания дыхательных путей, осложняющие течение ВИЧ-инфекции  
(Лечение ВИЧ-инфекции. 2005 год, «Здоровье Евразии»)

Инфекции/возбудители	Опухоли	Другие
<p><b>Pneumocystis jiroveci</b></p> <p><b>Бактериальные пневмонии</b></p> <p>Streptococcus pneumoniae</p> <p>Staphylococcus aureus</p> <p>Haemophilus influenzae</p> <p>Moraxella catarrhalis</p> <p>Pseudomonas aeruginosa</p> <p>Rhodococcus equi</p> <p>Nocardia asteroides</p> <p><b>Микобактериальные инфекции</b></p> <p>Mycobacterium tuberculosis</p> <p>Атипичные микобактерии</p> <p><b>Прочие</b></p> <p>Цитомегаловирус</p> <p>Aspergillus spp.</p> <p>Cryptococcus neoformans</p> <p>Histoplasma capsulatum</p> <p>Toxoplasma gondii</p>	<p>Саркома Капоши</p> <p>Лимфомы</p> <p>Лимфогранулематоз</p> <p>Рак легкого</p>	<p>Лимфоидная интерстициальная пневмония</p> <p>Неспецифическая интерстициальная пневмония</p> <p>ХОЗЛ</p> <p>Повышенная реактивность бронхов</p>

Алгоритм ранней диагностики поражения органов системы дыхания у ВИЧ-инфицированных больных.



**ВИЧ-инфекцию характеризует полиорганность поражений.** В этой связи выделяют следующие основные причины развития поражения желудочно-кишечного тракта:

1. Прямое воздействие ВИЧ на ЖКТ;
2. Вторичные инфекции, вызванные оппортунистическими и патогенными облигатными паразитами;
3. Опухоли;
4. Побочное действие антиретровирусных препаратов.

В данном аспекте актуально цитомегаловирусное поражение ЖКТ (преимущественно колит, при котором выражен болевой синдром), часто регистрируемый кандидоз пищевода, который в дальнейшем в отсутствии лечения может перейти на все отделы ЖКТ. Пока редко регистрируемый криптоспоридиоз актуален в связи с отсутствием этиотропного лечения.

Имеет место разнообразие оппортунистических заболеваний в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, что тоже определяет особенности дифференциальной диагностики.

#### **Рекомендуемая литература:**

1. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005-2006/ Бартлетт Д., Галлант Д. – Балтемор Мэриленд США., 2006. – 455 с.
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Медицина, 2007. – 1032С.
3. Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение - М.: ГЭОТАР- МЕД., 2003. – 488 с.
4. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция /А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронов, А.А. Яковлев. – СПб, 2004. – 696 с.





**Течение ВИЧ-инфекции  
у потребителей  
психоактивных веществ**

## Течение ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ

Анализ данных государственной статистики по наркомании и токсикомании свидетельствует о том, что за период с 2000 по 2008 гг. выявлены следующие основные тенденции:

1. Увеличение распространенности употребления наркотических и ненаркотических психоактивных веществ (ПАВ), в молодежной среде и возрастной группе 20 – 39 лет; суммарный показатель распространенности (включая наркоманию и токсикоманию) среди 18 – 19 летних – 1025,6 на 100 тыс. населения;
2. Первое ранговое место в структуре потребителей ПАВ, состоящих на учете, занимают большие опийной наркоманией потребители героина, второе – большие с зависимостью от каннабиса (гашишная наркомания), третье – большие полинаркоманией;
3. Рост числа ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ, которым требуется проведение АРВ-терапии.

### Примеры клинических разборов течения ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ

1. Машиной скорой неотложной помощи в стационар доставлен мужчина 38 лет с подозрением на малярию. В течение 6 последних дней жалуется на сильную головную боль. Четыре дня назад он вызывал врача из поликлиники, который заподозрил малярию (головная боль, температура 39°C, пребывание в Африке) и назначил ему хлорохин. Несмотря на прием хлорохина, головная боль усилилась.

В анамнезе: 8 месяцев тому назад опоясывающий лишай, который лечили анальгетиками; на протяжении последних 6 месяцев периодический понос с потерей массы тела более 10 кг.

Физикальное исследование выявило лихорадку (38,5°C) и менингеальные симптомы; очаговой неврологической симптоматики нет. Общий анализ крови: гематокрит 31%, гемограмма: лейкоциты 17,8 x 10<sup>9</sup>/л; п/я – 11%, с/я – 79% лимф. – 9%, мон. – 1%, СОЭ – 32 мм/ч. От люмбальной пункции пациент отказался.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какое вторичное заболевание следует исключить?
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?
5. Определите лечебную тактику.

### Комментарии к задаче:

У больного возможна ВИЧ-инфекция. Это следует из анамнеза (опоясывающий лишай, потеря массы тела 10 кг за 6 месяцев). Вы можете подтвердить диагноз, назначив исследование сыворотки крови в ИФА на антитела к ВИЧ, затем - в реакции иммунного блоттинга.

Головная боль. Вероятные причины — криптококковый или туберкулезный менингит, церебральный токсоплазмоз. Нужны люмбальная пункция, МРТ для подтверждения диагноза и медикаментозное лечение *ex juvantibus*, чтобы облегчить состояние и улучшить прогноз.

Пациент нуждается в АРВ-терапии, но еще больше — в лечении неврологического заболевания. АРТ необходимо назначить при улучшении и стабилизации состояния (через 2-3 недели от начала лечения).

2. Больная С., 27 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°C, боль в горле, заложенность носа. Заболела остро

2 недели назад, лечилась народными средствами - без выраженного эффекта. Врач поликлиники при осмотре обратил внимание на значительное увеличение затылочных, заднешейных, подчелюстных, подмышечных и даже локтевых лимфатических узлов, гиперемию задней стенки глотки, умеренное увеличение миндалин, затруднение носового дыхания, умеренное увеличение и болезненность печени при пальпации. При сборе эпиданамнеза выяснил, что больная в течение трех месяцев имеет полового партнера - безработного, ранее длительно употреблявшего наркотики. Врач назначил лабораторное обследование (реакция Хоффа-Бауэра и исследование в ИФА на антитела к ВИЧ). Больная вновь пришла на прием через неделю: температура 37°C, лимфоузлы по-прежнему увеличены, сохраняются боль в горле, затруднение носового дыхания. В крови обнаружены антитела к ВИЧ. Врач госпитализировал больную с диагнозом «СПИД».

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники?
3. Какой должна быть дальнейшая тактика ведения пациентки?

Комментарии к задаче:

У больной - ВИЧ-инфекция, стадия 2Б (острая инфекция: мононуклеозоподобный синдром).

Врач поликлиники ошибся при определении стадии ВИЧ-инфекции: СПИД - это поздние стадии ВИЧ-инфекции (4В-5), которым свойственны симптомы оппортунистических поражений. У больной имеет место мононуклеозоподобный синдром, развивающийся во время острой ВИЧ-инфекции (стадия 2Б). Данные анамнеза свидетельствуют о недавнем заражении - не более 3 месяцев назад.

Проведение консультирования, направление в Центр профилактики и борьбы со СПИДом для дальнейшего лабораторного исследования с целью изучения иммунного статуса, постановки на учет для дальнейшего диспансерного наблюдения и решения вопроса об АРВ-терапии.

3. В реанимационное отделение бригадой скорой помощи доставлен больной Г. 25 лет. Со слов родственников, в течение трех недель нарастали температура тела (последние 7 дней утром до 38°C, вечером до 40,5°C с сильным ознобом) и слабость, беспокоила головная боль, ухудшился аппетит, появились тошнота и рвота, периодически был жидкий стул. В последние дни отмечались нарушения памяти, бред. Из анамнеза известно, что больной состоит на учете в Центре профилактики и борьбы со СПИДом в течение двух лет. Три года употребляет внутривенно героин. При контрольном обследовании месяц назад число CD4-лимфоцитов 0,52x10<sup>9</sup>/л.

При осмотре состояние тяжелое, бледен, ЧД 22 в минуту, пульс 110 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Отмечена петехиальная сыпь на переходных складках конъюнктив. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. Выявлен гепатолиенальный синдром. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Дезориентирован в месте и времени. Олигурия. Гемограмма: лейкоциты - 15,6x10<sup>9</sup>/л, п/я - 12%, с/я - 78%, лимф. - 9%, мон. - 1%, СОЭ - 40 мм/ч. Из крови выделена культура S.aureus.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. В чем проявилось своеобразие данного случая?
3. Определить лечебную тактику.

Комментарии к задаче:

У больного, употребляющего внутривенно ПАВ, имеет место стафило-

кокковый сепсис и, вероятно, септический эндокардит. Сопутствующий диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия 3».

Настоящее состояние больного не связано с прогрессированием ВИЧ-инфекции, обусловлено развитием стафилококковой инфекции, приобретенной в результате использования нестерильного инструментария (игла или шприц) или загрязненного раствора наркотика. Больной, по-видимому, инфицирован ВИЧ недавно (употребление наркотиков 3 года, нет выраженного иммунодефицита - число CD4-лимфоцитов  $0,52 \times 10^9/\text{л}$ ). Показаний для АРВ-терапии нет.

4. В неврологическое отделение больницы вызвана бригада скорой помощи к больному 32 лет. Состояние тяжелое, сознание спутано, бледен, цианоз носогубного треугольника, температура тела  $38^\circ\text{C}$ , периодически отмечаются рвота, судороги. Со слов родственников, болен давно - около месяца назад стал жаловаться на периодически нарастающую головную боль, слабость; две недели назад стала повышаться температура до  $37,5-38^\circ\text{C}$ , появились шаткость походки, головокружение. Перестал ходить на работу. Неделю назад появились слуховые галлюцинации, в течение последних дней - рвота.

Больной был проконсультирован районным невропатологом, который выявил наличие очаговой симптоматики и рекомендовал срочную госпитализацию. В отделении на фоне патогенетической терапии состояние продолжало ухудшаться. При проведении компьютерной томографии мозга обнаружен округлый очаг уплотнения в коре правого полушария, окруженный отечной тканью. Получен положительный результат исследования крови на антитела к ВИЧ (кровь взяли при поступлении в отделение). При исследовании иммунного статуса выявлено снижение числа CD4-лимфоцитов -  $0,06 \times 10^9/\text{л}$ .

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какое вторичное заболевание необходимо исключить в первую очередь?
3. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Определите лечебную тактику.

#### Комментарии к задаче:

Постепенное нарастание клинических симптомов (головная боль, повышение температуры тела, галлюцинации, нарушение сознания, наличие очаговых неврологических симптомов), обнаружение очага уплотнения в головном мозге, выявленное при проведении компьютерной томографии, у больного ВИЧ-инфекцией со снижением числа CD4-лимфоцитов до  $0,06 \times 10^9/\text{л}$ , в первую очередь, требует исключения церебрального токсоплазмоза. Дифференцировать с лимфомой мозга, грибковым абсцессом.

ВИЧ-инфекция, стадия вторичных проявлений 4В (СПИД) в фазе прогрессирования - церебральный токсоплазмоз.

В первую очередь, необходимо достичь клинического улучшения состояния больного: следует *ex juvantibus* начать лечение токсоплазмоза, которое проводится длительно (улучшение состояния происходит не ранее 2—4 недель от начала терапии) – не менее 6-8 недель, под контролем КТ (рассасывание очага). В дальнейшем переходят на поддерживающую терапию. АРВ-терапию назначить при достижении клинического улучшения. Следует обратить внимание, что у ВИЧ-инфицированных, употребляющих ПАВ, клиническая картина зависит от двух взаимодействующих факторов: течения наркотической зависимости и развития инфекционного процесса ВИЧ-инфекции.

Известно, что ПАВ оказывают влияние на иммунную систему.

**При опийной и эфедриновой наркозависимости установлено разви-**



**тие иммунодефицита по Т-клеточному типу.** У эфедроновых потребителей отмечается дефицит В-клеток, а у потребителей опиатов наоборот – В-клеточная активация. Различный иммуносупрессивный эффект обнаружен у героина, органических растворителей, барбитуратов, транквилизаторов и других ПАВ. Под влиянием каннабиоидов (марихуаны, гашиша) происходит ослабление гуморального иммунного ответа организма. Их употребление может вызвать ослабление функциональных свойств гранулоцитов, макрофагов и естественных киллеров. Всё это может привести, прежде всего, к бактериальным и грибковым процессам. Кроме того, прием наркотиков способствует развитию опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Прием стимуляторов может ускорять репликацию вируса за счет ускорения обменных процессов, приводить к нарастанию вирусной нагрузки и утяжелению клинической картины ВИЧ-инфекции.

Среди оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ значительно чаще наблюдаются бактериальные пневмонии, которые отличаются крайне тяжелым течением. В то же время у них существенно реже, по сравнению с лицами, заразившимися половым путем, развивается саркома Капоши.

Огромное медико-социальное значение приобретает распространенность среди ВИЧ-инфицированных потребляющих ПАВ, парентеральных вирусных гепатитов: гепатитом С страдают около 95% потребителей, гепатитом В — около 70-80%.

В последние годы в перечень инфекционных заболеваний, наиболее часто ассоциируемых с ВИЧ-инфекцией, вошел туберкулез. Около 40% зараженных ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков страдают туберкулезом легких. Среди них в 50 раз чаще, чем среди совокупного населения, развиваются формы туберкулеза, резистентные к противотуберкулезным препаратам.

Отмечено, что у потребителей наркотиков при выявлении у них ВИЧ-инфекции происходит изменение патологического влечения к ПАВ. Если зависимость от ПАВ отсутствовала, то этот психопатологический феномен может внезапно сформироваться, у больных же с наркологическими заболеваниями его клиническая выраженность резко нарастает. Это связано с общим изменением в неблагоприятную сторону психического состояния пациентов, которым сообщили, что у них ВИЧ-инфекция.

При получении известия об инфицировании вирусом иммунодефицита у части больных развивается, так называемая, «шоковая реакция». Она проявляется в двух основных формах: депрессивной и агитированной. В первом случае, заболевшие ощущают острую гнетущую тоску, безнадежность, оцепенение, становятся крайне пассивными. При втором варианте преобладают тревога, беспокойство, неотвязные мысли о заболевании, психомоторное беспокойство. В том и другом случае нарушаются сон и аппетит, падает работоспособность, резко дезорганизуется образ жизни в целом. Повышается вероятность суицидальных попыток.

Наблюдается отдельная категория пациентов, которые не дают столь выраженной шоковой реакции. Их поведение внешне не меняется. Но под маской безразличия (иногда принимающего характер бравады) исподволь нарастает психологическая патология. В случае «шоковой реакции», особенно в бессимптомный период развития ВИЧ-инфекции, психическое состояние постепенно вновь улучшается (вплоть до появления чувства относительного благополучия). Но при наступлении 2 стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции психичес-

кое состояние больных вновь может утяжелиться.

На данном этапе течения ВИЧ-инфекции преобладают два варианта состояний: **астенодепрессивное и психопатоподобное.**

В латентной стадии течения ВИЧ-инфекции психическое состояние больных может вновь стабилизироваться. При переходе ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний оно, как правило, ухудшается. На 4-5 стадиях течения ВИЧ-инфекции на первый план могут выйти не функциональные расстройства, а резидуальная патология необратимого или малообратимого характера (когнитивные и амнестические расстройства).

У ВИЧ-инфицированных значительно чаще, чем у неинфицированных, острая интоксикация ПАВ (опьянение) носит атипичный характер. Вместо характерных для этого состояния улучшения настроения и чувства отрешенности от неприятностей, у больных усиливаются подавленность, раздраженность, агрессивность, фиксация на неприятных мыслях. Такие особенности характерны даже для опьянения опиоидами, являющимися в обычной практике наиболее мощными средствами, вызывающими успокоение и расслабление. Тем более, описанная трансформация эмоционального фона наблюдается в опьянении не привычным для пациента ПАВ, а его заменителем (например, при алкогольном опьянении у больных опийной наркоманией).

Важно, что у ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ происходит изменение физической зависимости от ПАВ (измененная толерантность + абстинентное состояние). Она носит более тяжелую форму, чем у неинфицированных. Переносимость ПАВ в таких случаях хуже, чем у пациентов с “чистой” зависимостью от ПАВ; она характеризуется небольшим ростом толерантности к психоактивным веществам. Но при этом абстинентные расстройства возникают через более короткий период после последнего эпизода употребления ПАВ и длятся значительно дольше.

**У ВИЧ-инфицированных потребителей героина в клинике абстинентного синдрома более резко выражена вегетативная симптоматика.** Достоверно ассоциируются с ВИЧ-инфекцией потливость по ночам, кашель, глоссит, длительная лихорадка, затылочная лифаденопатия и длительная диарея. Помимо перечисленного отмечается высокая частота различных психических нарушений: глубокая депрессия, суицидальное поведение, тревожно-ипохондрические состояния, психопатические реакции.

**У больных опийной наркоманией** после прекращения употребления ПАВ в течение нескольких недель и даже месяцев сохраняются желудочно-кишечные нарушения (гастрит, диарея), сердечно-сосудистые расстройства (низкое АД, аритмия). Резко выражены неврологические симптомы (нистагм, тремор, атаксия, судорожные подергивания мышц конечностей, различные центральные синдромы).

После абстинентных состояний развиваются или обостряются оппортунистические заболевания, характерные для 3, 4 и 5 стадий течения ВИЧ-инфекции, что необходимо учитывать при определении стадии ВИЧ-инфекции

При сочетании ВИЧ-инфекции и зависимости от ПАВ изменения личности, связанные с функциональной патологией, носят более многообразный и глубокий характер, чем в “чистых” случаях зависимости. Поэтому они с большим трудом поддаются коррекции.

**У больных опийной наркоманией** уже существующие аффективные, психопатоподобные или неврозоподобные расстройства осложняются последствиями психогении, связанной с получением больными информации о наличии у них

ВИЧ-инфекции, а также неизбежной при этом социальной стигматизацией.

Для данной категории пациентов характерны более грубые, чем у инфицированных, страдающих зависимостью от ПАВ, морально-этические дефекты. При этом они могут носить оттенок бравады, демонстративного пренебрежения общественным мнением, готовностью преступить любые принятые нормы, в том числе требования закона. Такого рода поведение можно рассматривать как агрессивный вариант психологической защиты, возникающий в тяжелой фрустрирующей ситуации.

По мере прогрессирования течения ВИЧ-инфекции, сочетающейся с наркологическими заболеваниями, постепенно развивается выраженное интеллектуально-мнестическое снижение (когнитивное расстройство), не характерное для “чистой” опийной зависимости. Новый вид патологии как бы перекрывает, вытесняет только что описанные функциональные психические нарушения.

Острые психозы достаточно редко возникают у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и наркологических заболеваний. Это связано с тем, что инфицирование чаще всего происходит у больных с героиновой наркоманией, а для злоупотребления данным видом психоактивных веществ психотические состояния не характерны. Но при употреблении плохо очищенных опиоидов, их комбинаций с другими видами ПАВ или вообще препаратов иных групп, вводимых внутривенно (например, амфетаминов), острые психозы наблюдаются довольно часто. Сочетание с ВИЧ-инфекцией в этих случаях обычно утяжеляет их клиническую картину.

Описаны тяжелые варианты делирия: профессиональный или мусситирующий. Психотические расстройства нередко принимают затяжной характер, сопровождаются выраженными соматоневрологическими нарушениями и глубокой постпсихотической астенией и амнестическими расстройствами. Долго не восстанавливается критическое отношение к перенесенным болезненным переживаниям. Также описаны случаи, когда сочетание ВИЧ-инфекции на среднем или отдаленном этапах течения и наркологических заболеваний может привести к наиболее тяжелым формам острых психозов. После окончания психоза иногда возникают корсаковский синдром или остро развившаяся деменция.

**При сочетании ВИЧ-инфекции и наркологических заболеваний** нарушения памяти имеют более выраженный характер и возникают чаще, чем в случаях “чистой” зависимости от ПАВ. Если для больных, страдающих опийной наркоманией, расстройства памяти не характерны, то при присоединении ВИЧ-инфекции они на 2, 3 стадии и особенно отдаленных 4, 5 стадиях течения инфекционного процесса начинают проявляться, что выражается в усугублении и без того недостаточной работоспособности и изменении социальной адаптации пациентов. На 4 и 5 стадиях ВИЧ-инфекции может развиваться и более тяжелый вариант расстройств памяти в виде корсаковского синдрома со всеми вытекающими из этого последствиями.

### **Рекомендуемая литература:**

1. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005-2006/ Бартлетт Д., Галлант Д. – Балтемор Мэриленд США., 2006. – 455 с.
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Медицина, 2007. – 1032 с.
3. Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение - М.: ГЭОТАР- МЕД., 2003. – 488 с.
4. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция /А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронов, А.А. Яковлев. – СПб, 2004. – 696 с.
5. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1и 2. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – 272 с.

The background features a central green circle containing text. From this circle, several thin green lines radiate outwards, each ending in a larger, teardrop-shaped green outline. The overall effect is a stylized, organic pattern.

**Лабораторная  
диагностика  
ВИЧ-инфекции**

## Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции

Постановка диагноза ВИЧ-инфекции осуществляется врачом клиницистом путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.

### **Диагностика ВИЧ-инфекции включает в себя два последовательных этапа:**

1. Постановка собственно диагноза ВИЧ-инфекции, т. е. определение состояния инфицирования ВИЧ;
2. Постановка развернутого клинического диагноза, т. е. определение стадии, характера течения ВИЧ-инфекции, наличия вторичных (развившихся вследствие ВИЧ-инфекции) и сопутствующих заболеваний, определение маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции (уровня CD4-клеток в крови и уровня РНК ВИЧ в крови).

Первичная диагностика ВИЧ-инфекции является чрезвычайно ответственной процедурой и требует от врача тщательного анализа эпидемиологических, клинических и лабораторных данных, т.к. постановка неправильного диагноза может иметь тяжелые последствия для больного (депрессивная реакция, суицидальная попытка, СПИДофобия).

Проведению диагностики ВИЧ-инфекции должно предшествовать дотестовое консультирование обследуемого, которое имеет одновременно профилактическое, терапевтическое, и противоэпидемическое значение. Консультация психологически подготавливает пациента к сообщению о диагнозе ВИЧ-инфекции, способствует улучшению последующего взаимопонимания больного с медицинским персоналом, и имеет большое значение для предупреждения возможного дальнейшего распространения ВИЧ.

Независимо от результата тестирования проводится послетестовое консультирование.

Стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в России является обнаружение антител к ВИЧ в ИФА с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммуноблоттинга, позволяющей выявлять антитела к отдельным антигенам ВИЧ.

#### *Алгоритм двухэтапной диагностики ВИЧ-инфекции:*

*Первый этап – скрининг суммарного спектра антител к ВИЧ методом ИФА.*

*Второй этап – проведение иммунного блоттинга (при получении не менее двух положительных результатов ИФА) как подтверждающего теста для обнаружения антител к гликопротеинам оболочки, белкам сердцевины и ферментам вируса.*

В последнее время разработаны и применяются тест-системы ИФА, позволяющие выявлять как антитела, так и антигены ВИЧ, в частности антиген р24.

В диагностике ВИЧ-инфекции используют метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для обнаружения генного материала ВИЧ. Постановка количественного варианта ПЦР позволяет определить количество копий РНК ВИЧ в крови («вирусную нагрузку») и таким образом оценить репликативную активность ВИЧ и клиническую эффективность проводимой антиретровирусной терапии.

Имеют место особенности диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами: если у новорожденных обнаруживают материнские антитела к ВИЧ, то клинический диагноз ВИЧ-инфекции ставят лишь в том случае, когда обнаружены антитела к ВИЧ в возрасте 18 месяцев и более.

Метод ПЦР может быть использован при обследовании детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Постановка этого теста в первое полугодие жизни позволяет определить тактику ведения ребенка (например, назначение антиретровирусной терапии в случае наличия ВИЧ-инфекции).

Из лабораторных показаний для назначения АРТ и критериев оценки эффективности лечения и прогноза ВИЧ-инфекции в настоящее время наиболее информативными считаются определенные значения CD4-лимфоцитов и «вирусной нагрузки». Выделение и идентификация культуры ВИЧ (вирусологический метод) - достоверный признак инфицирования ВИЧ, но в силу сложности проведения данное исследование используют лишь в научных и исключительно трудных для диагностики случаях.

Быстрые тесты для определения специфических антител к ВИЧ — это тесты, которые можно выполнить менее, чем за 30 минут. При правильном исполнении быстрые тесты на антитела к ВИЧ являются точными и имеют широкое применение в целом ряде ситуаций. Области их применения:

трансплантология — перед забором материала;

эпиднадзор — обследование труднодоступных групп населения, обследование крови;

в случае экстренного переливания препаратов крови и отсутствия обследованной на антитела к ВИЧ крови;

в случае аварийной ситуации, если требуется немедленное начало медикаментозной профилактики ВИЧ;

тестирование беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в предродовом периоде как элемент профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Обследование на ВИЧ с помощью быстрых тестов проводится с до- и послетестовым консультированием

#### **Рекомендуемая литература:**

1. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005-2006/ Бартлетт Д., Галлант Д. – Балтемор Мэриленд США., 2006. – 455 с.

2. Инфекционные и паразитарные болезни. В 5ч. Ч.4. Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция /Под ред. Н.Д. Ющука. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 224 с.

3. Покровский В.В. Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. /Под общ. ред. В.В.Покровского. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 496 с.


4. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку: Учеб. пособие/ В.И. Кулаков, И.И. Баранов – М.: ВЕДИ, 2003. – 168 с.

5. Экспресс-тест на ВИЧ-инфекцию в системе профилактических мероприятий профессионального заражения медицинских работников. Методические рекомендации №4// А.П. Сельцовский, С.В. Поляков, А.И. Мазус, Ю.В. Мартынов и др. – М., 2007. – 20 с.

6. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции/ В.В. Покровский, О.Г. Юрин, В.В. Беляева, Е.В. Буравцова и др. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 96 с.

7. Организация медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации/Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральная служба исполнения наказаний. Фонд «Российское здравоохранение». Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» 2007, Том 1У.



The background features a central green circle containing text. From this circle, several thin green lines radiate outwards, creating a sunburst or starburst effect. The lines vary in thickness and curve, filling the white background with a dynamic, organic pattern.

**Лечение ВИЧ-инфекции  
у потребителей  
психоактивных веществ**

## Лечение ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ

До настоящего времени ВИЧ-инфекция остается неизлечимым заболеванием. Не удаётся добиться очищения организма от вируса иммунодефицита человека с помощью современных методов лечения. Однако с помощью противоретровирусных (атиретровирусных - АРВ) препаратов можно блокировать размножение ВИЧ и снизить содержание вируса в крови (вплоть до неопределяемого уровня). Это приводит к восстановлению субпопуляции CD4-лимфоцитов (полному или частичному), предотвращению развития или снижению уровня иммунодефицита и, как следствие, к предотвращению развития (облегчению течения или исчезновению) вторичных заболеваний. В результате сохраняется (или восстанавливается) трудоспособность пациента, улучшается качество и увеличивается продолжительность жизни больных ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время рекомендуется пожизненное проведение противоретровирусной терапии (за исключением пациентов с острой ВИЧ-инфекцией).

Существует 7 классов противоретровирусных препаратов, в число которых входят относительно «старые», созданные в конце прошлого века, и «новые» классы, среди которых ингибиторы присоединения вируса (включающие ингибиторы химокиновых рецепторов и ингибиторы фузии), ингибиторы интегразы, ингибиторы созревания. Новые классы АРВ препаратов в настоящее время проходят клинические испытания, и на широкий фармацевтический рынок еще не поступили. Мы используем в настоящее время 4 класса АРВ препаратов:

- препараты, блокирующие процесс обратной транскрипции (синтез вирусной ДНК на матрице вирусной РНК). Это нуклеозидные и нуклеотидные аналоги – измененные молекулы нуклеотидов или нуклеозидов, встраивающиеся в синтезируемую цепочку ДНК и прекращающие ее дальнейшую сборку (НИОТ);

- не нуклеозидные аналоги, блокирующие необходимый для осуществления обратной транскрипции вирусный фермент – обратную транскриптазу (ННИОТ);

- препараты, блокирующие процесс формирования полноценных протеинов ВИЧ и, в конечном итоге, сборку новых вирусов - ингибиторы протеазы ВИЧ (ИП);

- препараты, воздействующие на рецепторы, используемые вирусом для проникновения ВИЧ в клетку хозяина (ингибиторы фузии, иначе называемые ингибиторами слияния - ИС).

### Цель АРВ-терапии:

1. Снижение вирусной нагрузки до минимального уровня, что клинически проявляется замедлением прогрессирования болезни и уменьшением возможности развития лекарственной устойчивости ВИЧ;

2. Восстановление иммунитета - основной клинический показатель - рост числа CD4-лимфоцитов со скоростью примерно 100 кл/мкл в год; параллельно уменьшается риск возможного развития оппортунистических заболеваний, снижается и даже отпадает необходимость их профилактики;

3. Улучшение общего состояния и продление жизни;

4. Повышение качества жизни, за счет восстановления параметров иммунитета, что снижает риск развития оппортунистических заболеваний.

При решении вопроса о назначении противовирусной терапии, неадекватное проведение которой сопряжено с риском формирования штаммов вируса, устойчивых к лекарственным препаратам, помимо медицинских критериев, не-

обходимо учитывать и социально-психологические критерии, например, готовность и способность пациента проходить назначенное лечение и связанное с ним обследование в полном объеме. Должна проводиться работа по повышению приверженности пациента к терапии (консультирование, психосоциальная поддержка и т.п.), подбираться наиболее удобная для него схема приема лекарств.

### **Абсолютные и относительные показания к назначению АРВ-терапии:**

Абсолютные показания: клинические - стадии 2Б, 2В или 4Б, 4В в фазе прогрессирования (табл.2- клиническая классификация ВИЧ-инфекции); лабораторные – количество CD4-лимфоцитов менее  $0,2 \times 10^9/л$ .

Относительные показания: клинические - стадии 4А (независимо от фазы), 4Б, 4В в фазе ремиссии; лабораторные – число CD4 клеток менее  $0,35 \times 10^9/л$ , уровень РНК ВИЧ («вирусная нагрузка») более 100000 копий в мл. При наличии относительных показаний часть экспертов и руководств рекомендуют начать терапию, а часть – продолжать наблюдение за пациентом, пока не назначая лечения.

(В этой ситуации Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом 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.)

### **Сложности проведения АРВ-терапии обусловлены:**

1. Схемой лечения;
2. Сопутствующими заболеваниями;
3. Лекарственными взаимодействиями;
4. Лекарственной устойчивостью.

### **Побочные эффекты при АРВ-терапии:**

1. **Желудочно-кишечные нарушения** – самые частые побочные эффекты почти на все АРВ-препараты;
2. **Нарушения со стороны ЦНС** – почти у 40 % пациентов ифаверенц вызывает головокружение, бессонницу и ночные кошмары. Возможно изменение настроения, депрессия и деперсонализация;
3. **Периферическая полинейропатия** – вызывается в основном НИОТ;
4. **Нарушение функции почек** – в результате образования кристаллов индинавира, которые обнаруживаются в 20 % случаев в моче пациентов, а в 10 % - развиваются нефролитиаз и почечная колика( камни на рентгенограмме не видны);
5. **Гепатотоксичность** – повышение активности печеночных ферментов отмечается в 2-18 % случаев среди пациентов, получающих АРВ-препараты;
6. **Анемия, лейкопения** – развивается в 5-10 % случаев среди пациентов, принимающих зидовудин. Нейропения возникает реже;
7. **Аллергические реакции** – вызывают все ННИОТ, абакавир и ингибитор протеазы ампренавир;
8. **Лактацидоз** – бессимптомное повышение уровня лактата в крови наблюдается почти у 15 % пациентов, получающих НИОТ;

9. **Панкреатит** – чаще всего развивается при назначении диданозина, реже при лечении ставудином, ламивудином и зальцитабином;

10. **Асептический некроз** – развивается примерно у 0,4 % ВИЧ-инфицированных, предполагают связь с приемом ингибиторов протеазы, хотя прямая зависимость не доказана;

11. **Липодистрофический синдром** – среди побочных эффектов антиретровирусной терапии липодистрофический синдром как основное проявление метаболического синдрома занимает особое место. Он не только часто встречается, но и представляет серьезную угрозу для сердечно-сосудистой системы из-за метаболических нарушений, а изменение телосложения отрицательно сказывается на жизни пациентов и приводит к нарушениям в режиме приема АРВ-препаратов.

### **Особенности терапии ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ**

Сочетание ВИЧ-инфекции и инъекционной наркомании может оказывать влияние на эффективность и безопасность ВААРТ. В России у больных ВИЧ-инфекцией, заразившихся при употреблении инъекционных наркотиков, в 90% случаев выявляют антитела к вирусу гепатита С. Более чем у 90% этих пациентов в крови обнаруживают РНК HCV, что свидетельствует об активности хронического гепатита С. Хронический вирусный гепатит В диагностируют у 10-15% больных ВИЧ-инфекцией - потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Дельта-гепатит выявляют у единичных пациентов.

Лечение ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов у лиц с наркотической зависимостью имеет ряд особенностей. Существует ряд факторов, определяющих принятие решения о лечении, из которых наиболее важными являются: приверженность к лечению, переносимость терапии (возможно развитие психосоматических расстройств). Для хронического гепатита С имеет значение генотип вируса. Так, наличие 2 или 3 генотипа ВГС у пациента, продолжающего употреблять наркотики, не исключает возможность реинфицирования генотипом 1. Необходимо учитывать, что единичные эпизоды употребления наркотиков не являются основанием для исключения пациента из программы лечения.

Второй важной особенностью ВААРТ у ПИН является то, что активные потребители инъекционных наркотиков обычно хуже соблюдают режим терапии. Пропуск приема дозы препаратов может обусловить развитие устойчивости вируса к лекарствам. В этом случае терапия будет неэффективной и врач будет вынужден произвести замену одного или даже всех антиретровирусных препаратов, составляющих данную схему. Кроме того, плохая приверженность режиму лечения способствует повышению риска передачи устойчивых штаммов ВИЧ.

Успех лечения непосредственно зависит от приверженности пациента лечению.

### **Рекомендуемая литература:**

1. Антитретовирусная терапия в России. / Беляева В.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Юрин О.Г. – Москва, 2007. – 154 с.
2. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005-2006/ Бартлетт Д., Галлант Д. – Балтемор Мэриленд США., 2006. – 455 с.
3. Рахмановой А.Г. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции – СПб.: ССЗ, 2001. - 164 с.
4. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: клиника, диагностика и лечение. Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.- М.: ГЭОТАР- МЕД., 2003. – 488 с.
5. Покровский В.В. Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.- 496 с.
6. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Буравцова Е.В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Практическое руководство. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 96 с.
7. Организация работы по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации/ Сборник нормативно-правовых актов методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний, том 1., 2007.





Антиретровирусная  
терапия ВИЧ-инфекции

## Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции

Как уже было отмечено выше выделяют следующие показания к назначению АРВ-терапии:

- **Абсолютные показания:**

- клинические - стадии 2Б, 2В или 4Б, 4В в фазе прогрессирования;
- лабораторные - количество CD4-лимфоцитов менее 0,2 10<sup>9</sup>/л.

- **Относительные показания:**

- клинические - стадии 4А (независимо от фазы), 4Б, 4В в фазе ремиссии;
- лабораторные - число CD4 клеток ниже - 0,35 10<sup>9</sup>/л, уровень РНК ВИЧ («вирусная нагрузка») более 100000 копий в мл.

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

### Составление схем АРВ-терапии

АРВ-терапия проводится после подписания пациентом формы добровольного информированного согласия. АРВ-терапия, как правило, осуществляет врач-инфекционистом, работающим в центре профилактики и борьбы со СПИДом, но на отдельных территориях это может быть инфекционист, который прошел подготовку для работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, или даже участковый врач-терапевт или врач семейной практики.

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

Любое назначение АРВ-терапии должно делаться на основании национальных стандартов оказания медицинской помощи, гармонизированных с Клиническим протоколом для Европейского региона ВОЗ.

### Таблицы для составления схем противовирусной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов

При составлении стандартной схемы противоретровирусной терапии берется 1 препарат из столбца 1, один препарат из столбца 2 и один препарат (или сочетание препаратов) из столбца 3 (таблица 1).



**Таблица 1. Составление схем АРВ-терапии**

Столбец 1	Столбец 2	Столбец 3
<b>Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ, производные тимидина</b>	<b>Другие нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ</b>	<b>Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ и ингибиторы протеазы ВИЧ</b>
Зидовудин (ZDV) Ставудин(d4Т) <sup>1,4</sup> Фосфазид (Ф-АЗТ)	Абакавир (ABC) <sup>2</sup> Диданозин (ddI) <sup>3</sup> Ламивудин (ЗТС) Зальцитабин (ddC)	Ампренавир (APV) Атазановир (ATV) Индинавир (IDV) <sup>5</sup> Ифавиренц (EFV) Лопинавир/Ритонавир (LPV/RTV) Невирапин (NVP) Нельфинавир (NLF) Ритонавир (RTV) <sup>6</sup> Саквинавир (SQV) <sup>5</sup>

Примечания:

- 1) - d4Т не применяется в сочетании с ddC (взаимно повышают токсичность).
- 2) - ABC обычно применяется в резервных схемах, в том числе вместо производных тимидина (препаратов из столбца 1) при их непереносимости или неэффективности.
- 3) - ddI помимо стандартных схем может также использоваться в резервных схемах вместо производных тимидина (препаратов из столбца 1) при их непереносимости или неэффективности.
- 4) - ddC применяется только как альтернативный препарат при непереносимости или неэффективности ddI и ЗТС. Не применяется в сочетании с d4Т (взаимно повышают нейротоксичность).
- 5) - APV, IDV и SQV применяются, преимущественно, в сочетании с RTV
- 6) - RTV применяется, преимущественно, в сочетании с другими ингибиторами протеазы ВИЧ.

Начинать АРВ-терапию у большинства ВИЧ-инфицированных рекомендуется со схем, содержащих, помимо двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы. Однако, если у пациента ВИЧ-инфекция в стадии 4В (фаза прогрессирования) или уровень CD4-лимфоцитов менее 0,05 x10<sup>9</sup>/л или количество РНК ВИЧ более 1000000 копий в мл, начинать терапию рекомендуется со схем, содержащих ингибитор протеазы и два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы. В Российской Федерации при назначении лечения тестирование на резистентность ВИЧ к препаратам первой линии у пациентов, ранее не получавших АРВТ, не проводится.

**Рекомендуемые схемы противоретровирусной терапии первой линии (рекомендации ВОЗ, 2006)**

<b>Ифавиренц</b> по 0,6 г. 1 раз в сутки
<b>Зидовудин</b> по 0,3 г. 2 раза или по 0,2 г. 3 раза в сутки
<b>Ламивудин</b> 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 исключаящим) беременность и рождение ребенка на фоне противоретровирусной 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 второй степени токсичности рекомендуется применять схемы АРВ-терапии с ИП:

<i>Лопинавир/Ритонавир</i> 0,133/0,033 г ( <b>Калетра</b> ) по 3 капс. 2 раза в день
<i>Зидовудин</i> по 0,3 г. 2 раза или по 0,2 г. 3 раза в сутки
<i>Ламивудин</i> по 0,15 г. 2 раза в сутки

### **Критерии оценки эффективности и безопасности противовирусной терапии**

Для оценки эффективности АРВ-терапии используются клинические и лабораторные критерии

#### **Кратность лабораторных исследований для оценки эффективности и безопасности АРВ-терапии**

- Уровень РНК ВИЧ и количество CD4-лимфоцитов - через 1, 3 месяца после начала АРВ-терапии, далее 1 раз в 3 месяца;
- Клинический анализ крови - через 2 недели, 1 месяц, 3 месяца после начала АРВ-терапии, далее 1 раз в 3 месяца;
- Биохимический анализ крови - через 1, 3 месяца после начала АРВ-терапии, далее 1 раз в 3 месяца (При наличии хронического ВГ первое исследование уровня АлАТ через 2 недели после начала АРВ-терапии).

#### **Критерии неэффективности АРВ-терапии**

Иммунологическая неудача:

- увеличение количества CD4+лимфоцитов менее чем на 50 клеток/мкл через 1 год от начала АРВ-терапии, при неопределяемом уровне РНК ВИЧ;

Вирусологическая неудача:

- через 24 недели терапии уровень РНК ВИЧ > 400 копий/мл;  
- повышение уровня РНК ВИЧ > 400 копий/мл (в двух определениях с интервалом 1 месяц) после неопределяемой вирусной нагрузки;

Клиническая неудача:

- при неопределяемом уровне РНК ВИЧ появление новых серьезных вторичных заболеваний (стадии 4В; 4Б фаза прогрессирования) спустя 3 месяца после начала АРВ-терапии.

При этом необходимо исключить синдром реконституции /восстановления иммунной системы (появление туберкулеза, атипичного микобактериоза, ЦМВ-ретинита и других вторичных заболеваний в течение, в среднем, первых 3 месяцев лечения), особенно если до лечения у пациента число CD4+лимфоцитов было менее 50 клеток/мкл.

АРВ-терапия считается недостаточно эффективной (и потерявшей эффективность) и нуждающейся в замене, если:

- Появляются новые или рецидивируют ранее отмечавшиеся вторичные заболевания» (не ранее чем через 12 недель после начала лечения);
- Отсутствует повышение уровня CD4-лимфоцитов более чем на 0,05 10<sup>9</sup> /л в течение года лечения;
- Регистрируется снижение уровня CD4-лимфоцитов ниже исходного уровня;
  - Регистрируется снижение уровня CD4-лимфоцитов более чем на 50% ниже пикового уровня достигнутого в ходе лечения;
  - Регистрируется отсутствие снижения уровня РНК в сыворотке крови ниже 400 копий в мл (2,6 log<sub>10</sub>) через 24 недели или 50 копий в мл (1,7 log<sub>10</sub>) через 48 недель после начал лечения. Если у пациентов при начале терапии отмечались: вирусная нагрузка более 1000000 копий в мл. (6 log<sub>10</sub>) или уровень CD4-лимфоцитов менее 0,05 10<sup>9</sup> /л или наличие стадии 4В в фазе прогрессирования, допускается снижение к 24 неделе вирусной нагрузки до уровня не выше 5000 копий в мл (3,7 log<sub>10</sub>);
  - Регистрируется повышение вирусной нагрузки до уровня более 5000 копий в мл (3,7 log<sub>10</sub>) в двух повторных исследованиях, если до этого был достигнут неопределяемый уровень.

### **Смена противоретровирусной терапии при недостаточной эффективности или потере эффективности ранее проводимого лечения:**

- Общий принцип: при неэффективности или потере эффективности ранее проводимой противоретровирусной терапии следует провести тестирование на резистентность ВИЧ к препаратам, которыми проводилось лечение. Если нет возможности определить устойчивость вируса к противоретровирусным препаратам, рекомендуется смена всех препаратов. Замена одного препарата рекомендуется, если определено, что устойчивость развилась именно к нему;
  - При развитии непереносимости какого-либо из антиретровирусных препаратов схема АРВ-терапии изменяется в соответствии со спектром побочных явлений. Целесообразно заменить не все препараты, а только то лекарственное средство, на прием которого развился побочный эффект.

### **Изменение схемы АРВ-терапии при неэффективности терапии**

<b>Схема 1 линии</b>	<b>2 линия терапии</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 линия: ННИОТ + 2НИОТ EFV + (ZDV+3TC) или (d4T+3TC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 линия: ИП + 2НИОТ LPV/r или ATV + 2 других НИОТ (ABC+ddl)</li> </ul>

Быстрое появление устойчивых штаммов ВИЧ к АРВ-препаратам, обусловлено высокой скоростью репликацией вируса, а также очень большой частотой ошибок в ходе репликации, совершаемых обратной транскриптазой ВИЧ. Это приводит к высокой частоте мутаций и постоянному образованию новых штам-

мов вируса, а на фоне АРВ-терапии происходит их селекция с формированием устойчивых штаммов. В процессе длительной лекарственной терапии лечения ВИЧ-инфекции обязательно формируются мутантные варианты ВИЧ, резистентные к конкретному АРВ препарату, что обуславливает его отмену и ввод очередного нового препарата, подавляющего репликацию ранее сформировавшегося в организме пациента резистентного варианта ВИЧ. Мало того, скорость формирования новых мутаций чрезвычайно велика. Изменения происходят практически ежесекундно.

### **Сочетание ВИЧ-инфекции и инъекционной наркомании оказывает влияние на эффективность и безопасность АРВ-терапии.**

Боле чем в 90% случаев у ВИЧ-инфицированных, заразившихся при внутривенном введении ПАВ выявляются антитела к вирусу гепатита С, а в 10-15% случаев – диагностируется хронический вирусный гепатит В, т.е. имеется микст – инфекция, что необходимо учитывать при проведении противовирусной терапии. Второй важнейшей особенностью АРВ-терапии у этой категории пациентов является низкая приверженность терапии и, как следствие этого, быстрое формирование резистентных штаммов ВИЧ к АРВ-препаратам.

В связи с особенностями проведения АРВ-терапии у ВИЧ-инфицированных потребителей психоактивных веществ выработаны общие принципы оказания медицинской помощи этой категории пациентов.

1. Помощь пациентами должна быть доступной, т.е. расположение служб должно быть удобным для пациентов и эти службы должны находиться в учреждениях основной сети здравоохранения.

2. Помощь ВИЧ-инфицированным потребителям психоактивных веществ должна быть комплексной:

а) в одном месте должно предоставляться как можно больше услуг первоочередной важности;

б) в спектр услуг, предоставляемых медицинским учреждением, необходимо включить социальную помощь, консультирование и просвещение;

в) для многих ВИЧ-инфицированных инъекционных потребителей психоактивных веществ успешное лечение невозможно без наркологической и психиатрической помощи. Пока пациент не пройдет курс лечения у наркологов, назначение АРВ-терапии часто бывает бесполезным, поскольку приверженность терапии слишком низкая.

3. Помощь ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителям психоактивных веществ должна быть гибкой, поскольку ПИН, только что узнавшие о наличии у себя ВИЧ-инфекции, часто не способны сразу принять всестороннюю помощь. Помощь живущим с ВИЧ потребителям инъекционных наркотиков следует предлагать в том объеме, в котором пациент готов ее принять. Начинать следует с более простых мероприятий (например, с профилактики оппортунистических инфекций), а затем добавлять новые виды помощи, в том числе АРВ-терапии. Просвещение и консультирование, особенно через лиц одного круга, нередко приносит большую пользу.

4. Помощь ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителям психоактивных веществ должна распространяться за пределы медицинских учреждений:

а) необходимы тесные связи с общественными организациями, защищающими представляющими интересы данной группы населения;

б) важно привлекать консультантов из числа представителей данной группы населения.

При выборе схемы АРТ нужно учитывать индивидуальные особенности больного, в том числе, возможные сопутствующие и вторичные заболевания. У пациентов могут быть проблемы, связанные с употреблением наркотиков: наличие психических нарушений, тромбозы вен как поверхностных, так и глубоких, ограниченные поражения мягких тканей и сосудов (абсцессы, тромбофлебит), высокий риск развития сепсиса и септического эндокардита. Кроме ВГС и ВГВ у ПИН широко распространены туберкулез, бактериальные и грибковые поражения легких. В связи с этим обследование таких пациентов должно проводиться очень тщательно, и в первую очередь, необходимо лечение выявленных заболеваний.

Потребители наркотиков неохотно посещают медицинские учреждения из-за стигматизации и дискриминации. Это заставляет многих из них скрывать свою принадлежность к ПАВ, что повышает риск диагностических ошибок и лекарственных взаимодействий между АРТ-препаратами и наркотиками.

Для оказания комплексной помощи ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителям психоактивных веществ необходимо:

1. Направить пациента в ближайший центр профилактики и борьбы со СПИДом. Это эффективно в случае «надежных» и дисциплинированных пациентов. В более сложных случаях это не столь эффективно. Многие ВИЧ-инфицированные инъекционные потребители психоактивных веществ нуждаются также в непрерывной психиатрической помощи. Оставленные без внимания поведенческие нарушения мешают оказывать медицинскую помощь пациентам. Однако, если центр профилактики и борьбы со СПИДом расположен удобно и близко, данный подход нередко эффективен.

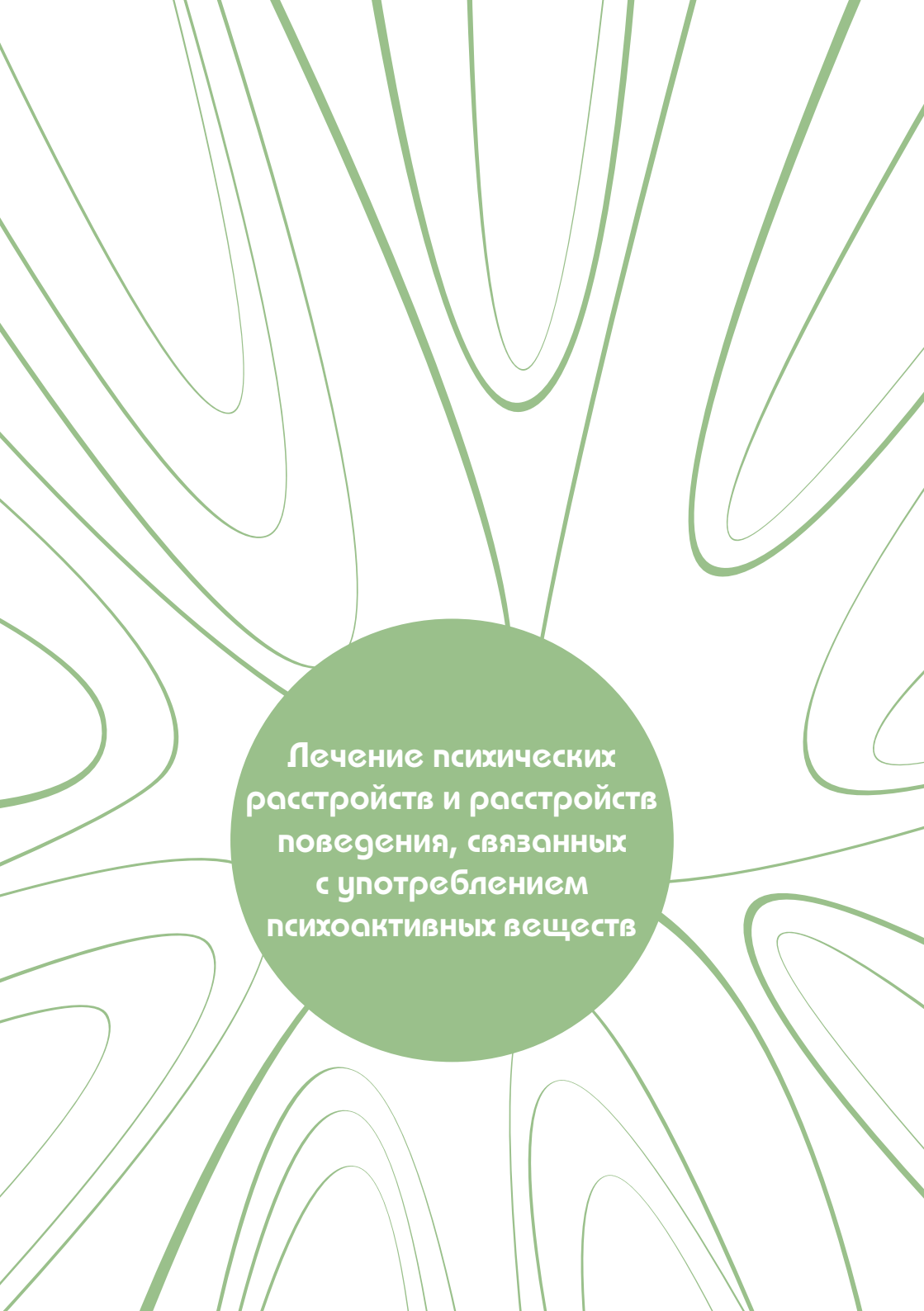
2. Предоставлять ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителям психоактивных веществ первичную медицинскую помощь в наркологическом отделении. Учреждение, имеющее право оказывать наркологическую помощь, обладает возможностью совместить все виды медицинской помощи. Пациент может пренебречь направлением в службу первичной медицинской помощи. Для ВИЧ-инфицированных инъекционных потребителей психоактивных веществ непрерывная медицинская помощь имеет решающее значение.

Для качественного и полноценного оказания комплексной помощи больным ВИЧ ПИН рекомендуется на территориях создание межведомственной комиссии по вопросам оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, в состав которой входят представители всех медицинских, а также немедицинских и общественных организаций.

### **Рекомендуемая литература:**

1. Антиретровирусная терапия в России. Учебный модуль/ Беляева В.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Юрин О.Г. – Москва, 2007. – 154 с.
2. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005-2006/ Бартлетт Д., Галлант Д. – Балтимор Мэриленд США., 2006. – 455 с.
3. Лечение ВИЧ-инфекции. Методические рекомендации/ Под. ред. Рахмановой А.Г. – СПб.: Изд. «СПИД, секс, здоровье», 2000.
4. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: клиника, диагностика и лечение. Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.- М.: ГЭОТАР- МЕД., 2003. – 488 с.
5. Покровский В.В. Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 496 с.
6. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. 2007.

7. Организация работы по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации/ Сборник нормативно-правовых актов методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний, том 1., 2007.



**Лечение психических  
расстройств и расстройств  
поведения, связанных  
с употреблением  
психоактивных веществ**

## Лечение психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ

В соответствии с результатами научных исследований установлено, что существуют эффективные методы и вмешательства в лечение психических и поведенческих расстройств, связанных с приемом психоактивных веществ (ПАВ). Успешное наркологическое лечение требует воспринимать человека, зависимого от ПАВ, прежде всего как пациента с хроническим рецидивирующим психическим и поведенческим расстройством. Клеймение и стигматизация потребителя ПАВ может снижать обращаемость за медицинской помощью и мешать адекватной организации здравоохранения в области профилактики и лечения наркологических заболеваний.

Стратегической целью лечения в наркологии является достижение стойкой и длительной ремиссии заболевания. Полной ремиссии в течение года можно достичь только у 7-20% больных опийной наркоманией. В связи с этим ежедневные тактические действия нарколога и смежных специалистов направлены на снижение вредных последствий (осложнений) употребления ПАВ и оказание комплексных медико-социальных услуг, приводящих к улучшению качества жизни и здоровья пациента. Лечение строится на основе сочетания психофармакологических, психотерапевтических и социально-ориентированных методов, доля которых значительно варьируется на последовательных этапах терапии (от детоксикации до личностной и социальной реабилитации).

Частое сочетание ВИЧ-инфекции с употреблением психоактивных веществ в медицинской практике врачей-инфекционистов требует рассмотрения актуальных вопросов, касающихся клинической психиатрии и наркологии, а именно, что такое зависимость от психоактивных веществ и как она влияет на лечение ВИЧ-инфекции, каковы современные подходы к лечению зависимости и как они связаны с эффективностью деятельности инфекциониста.

Психоактивные вещества (ПАВ) - это растительные или синтетические вещества, которые после введения в организм человека вызывают субъективное удовольствие или устраняют душевный дискомфорт посредством прямого воздействия на нейроны головного мозга. ПАВ обладают способностью изменять сознание, настроение, поведение и мысли. При многократно повторяющемся приёме они способны вызывать психическую и физическую зависимость.

Зависимость от ПАВ – хроническое рецидивирующее заболевание головного мозга, имеющее биологическую (генетическую) основу и характеризующееся неодолимым поиском и употреблением ПАВ, несмотря на вредные последствия. На возникновение зависимости с раннего детского возраста влияют внешние психологические и социальные факторы, в том числе семья и ближайшее микроокружение. Зависимость от ПАВ – это не просто «отсутствие воли или желания прекратить употребление», а сложное патологическое состояние, внесённое в Международную классификацию болезней в группу «Психические и поведенческие расстройства» под шифром F1х.2, где х – цифровой код вида психоактивного вещества.

Заражение ВИЧ может произойти с потребителями самых разнообразных ПАВ: алкоголя, наркотиков, медицинских препаратов. Это может быть первая и единственная проба ПАВ у здорового человека или заражение ВИЧ происходит у лица с большой длительностью психической и физической зависимости. Общее свойство, которое в рассматриваемом нами вопросе объединяет всех ВИЧ-ин-



фицированных пациентов – это рискованное поведение во время употребления или действия ПАВ. При формировании комплексного лечебного плана следует учесть, что приём ПАВ может быть легальным (например, разрешённая покупка и употребление алкоголя гражданином РФ в возрасте после 18 лет) и нелегальным (приём любых наркотиков без назначения врача), а сами потребители, инфицированные ВИЧ в результате употребления ПАВ, представляют собой людей из самых разных социальных слоёв населения. Соответственно, методы и объёмы наркологической помощи потребителям ПАВ существенно различаются в зависимости от анамнеза жизни и заболевания, вида принимаемого ПАВ, а также от той социальной ситуации, в которой находится пациент в настоящее время.

В Российской Федерации к концу первого десятилетия XXI века наибольший клинический интерес для врачей инфекционистов представляет группа потребителей опиийных инъекционных наркотиков, которая составляет большинство зарегистрированных в нашей стране ВИЧ-инфицированных. Героиновая наркомания и ВИЧ-инфекция представляют собой сочетанную эпидемию в нашей стране. Следует упомянуть о чёткой тенденции к общероссийскому росту в последние годы доли случаев заражения ВИЧ в условиях незащищённого секса, иногда под прямым психоактивным действием алкоголя или нелегальных психостимуляторов (в основном, амфетаминового ряда и в гораздо меньшей степени, кокаина).

В Российской Федерации осуществляется добровольное бесплатное и анонимное платное лечение наркологических заболеваний. Наркологическая помощь оказывается по просьбе пациента и с его информированного (письменного) согласия. Недобровольное оказание наркологической помощи осуществляется по решению суда, направившего пациента на обязательный курс лечения. Негосударственные учреждения не имеют права оказывать неотложную помощь больным наркоманией, однако они могут проводить медико-консультативную, диагностическую и реабилитационную работу.

В Российской Федерации разработана концепция терапии наркологических заболеваний, которая определяет основные принципы, уровни, мишени и методы терапевтического воздействия (таблица 1).

**Таблица 1.** Современная отечественная концепция терапии наркологических заболеваний\*

Положения	Основные характеристики
Основные принципы терапии наркологических заболеваний	Добровольность Комплексность Индивидуализация Отказ от употребления ПАВ
Уровни терапевтического воздействия	Биологический Социальный Клинический
Мишени терапевтического воздействия	Мишени, связанные с формированием зависимости от ПАВ (патологическое влечение) Мишени, связанные с токсическим действием ПАВ (соматоневрологические нарушения)
Типы, методы и средства терапевтического воздействия	Биологически ориентированное воздействие Психотерапевтически ориентированное воздействие Социально ориентированное воздействие

\* Источник: Наркология: национальное руководство, 2008.

Следует отметить, что в зарубежном здравоохранении, а также у ряда отечественных специалистов, существует иной взгляд на медико-социальную помощь больным наркоманией. Основное отличие заключается в отсутствии обязательности практического исполнения принципа полного отказа от употребления ПАВ. Эта позиция определяет ключевую разницу в терапевтических подходах к ведению зависимого от опийных наркотиков пациента. Поэтому в мировой медицинской практике легально широко используются наркотические агонисты опиоидных рецепторов (метадон, бупренорфин и др.) для программ так называемой «заместительной поддержки» больных опийной наркоманией с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Согласно официальной позиции ВОЗ (2006), такая методика позволяет успешно социализировать пациента, значительно улучшить качество жизни и повысить его приверженность к приёму антиретровирусных препаратов. В Российской Федерации использование медицинских наркотиков в любых программах лечения зависимости запрещено федеральным Законом «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Среди отечественных и зарубежных специалистов существует единое мнение, что эффективность наркологического лечения выше, если используется мультидисциплинарный подход к ведению случая заболевания. Подразумевается участие разных специалистов на этапах терапевтического процесса и социальной реабилитации: психиатра-нарколога, психотерапевта, психолога, социального работника, трудового инструктора, юриста, представителя общественных организаций, «равного» консультанта (пациента, успешно прошедшего реабилитацию). Для привлечения к официальным медицинским службам скрытого контингента наркопотребителей используется уличная социальная и мотивационная работа («полевая или аутрич-работа»), повышающая уровень информирования об имеющихся услугах и снижающая недоверие к наркологической помощи.

Установлена связь между длительностью наркологического лечения и качеством реабилитационных программ и продолжительностью ремиссии. Как правило, лучшие результаты дают те методы лечения, которые предусматривают его более значительную продолжительность. Сказанное верно и по отношению к пациентам, продолжительность лечения которых, независимо от методики, была больше (УНП ООН, 2003). Нужно учесть, что в российской наркологической практике самое первое лечение при опийной наркомании часто весьма краткосрочно, ограничивается детоксикацией и заканчивается отказом от программы с последующей нулевой или нестойкой ремиссией. Это связано с недостаточной оценкой пациентом степени своего пристрастия к наркотику и переоценкой собственных возможностей существовать без наркотика. Специалисту в такой ситуации не следует авторитарно настаивать на продолжении лечения. Правильная тактика персонала заключается в позиции дружелюбного расставания с пациентом, чёткого обозначения возможности всегда вернуться в лечебную программу и ожидания следующего обращения пациента, когда он внутренне убедится в своей несостоятельности прекратить употребление наркотиков.

Зависимость от ПАВ часто сочетается с другой психической патологией. Своевременная диагностика и лечение коморбидных психических расстройств также влияют на тяжесть синдрома зависимости, прогноз и качество ремиссий. Таким образом, следует обращать внимание на связь между расстройствами, вызываемыми ПАВ и другими психическими расстройствами (личностные, депрессивные, шизоформные, органические расстройства ЦНС и др.) в качестве элемента надлежащей практики в рамках интегрированного подхода.

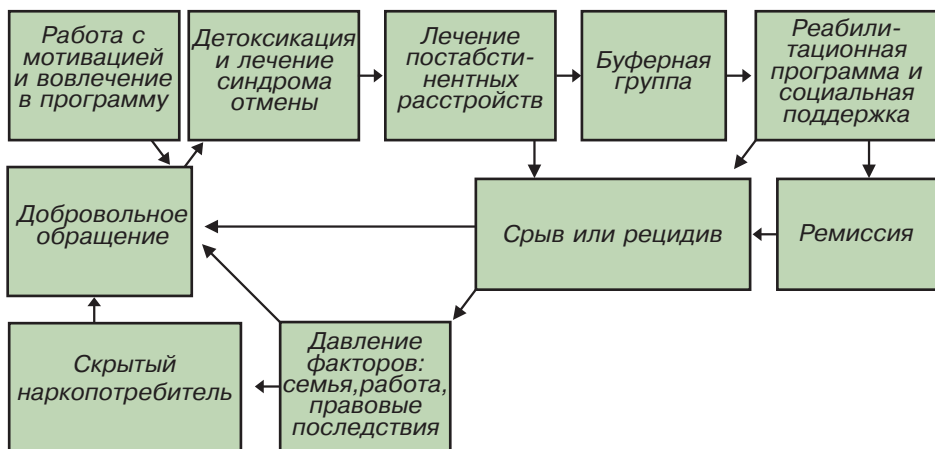
Женщины, страдающие зависимостью, обращаются за лечебной помощью реже, чем мужчины. Женщины-потребительницы ПАВ сталкиваются с широким осуждением в социальном и культуральном плане, их часто одолевает чувство вины и стыда. По сравнению с мужчинами, обращающиеся за лечением женщины, как правило моложе, располагают меньшими денежными средствами, имеют беременность или детей на своём иждивении и нередко проживают с партнёром, употребляющим наркотики. Многим женщинам скорее всего пришлось пережить психологическую травму, и они чаще страдают сопутствующими психическими расстройствами. Все эти факторы ещё больше затрудняют доступ женщин к лечению и мешают им закончить его. Для беременных ВИЧ-инфицированных женщин, употребляющих наркотики, должен предоставляться скоординированный приоритетный доступ к наркологическому лечению в сочетании с различными формами психосоциальной поддержки. Нужно помнить о женщинах, которые оказывают сексуальные услуги за плату и организовывать мероприятия, повышающие обращаемость этого контингента за медицинской помощью.

Особую группу больных наркоманией, составляют осужденные, находящиеся в колониях и следственных изоляторах. Специальные программы психиатрической и наркологической помощи, разработанные с межведомственным участием медицинской службы УФСИН и специализированных служб регионального здравоохранения, должны осуществляться для ВИЧ-инфицированных, освобождающихся из мест лишения свободы.

Лечение химической зависимости строится поэтапно. Начальный этап – детоксикация – представляет собой неотложную наркологическую помощь при острых интоксикациях ПАВ, передозировках, синдромах отмены и психозах. Обычно данный этап длится 5-7 дней в закрытом стационаре. Следующий этап – восстановительное лечение, направленное на снижение тяги к ПАВ, нормализацию сна, настроения, поведения и коррекцию токсического поражения внутренних органов и тканей. Этот период занимает в среднем 2,5-3 недели стационарного лечения. В случае лёгких абстинентных расстройств и отсутствия грубой психопатологической симптоматики первые два этапа могут проводиться в амбулаторном режиме. Заключительный этап наркологической помощи – реабилитационный. Во время реабилитации, которую рекомендуется продолжать 6-12 месяцев, основное внимание уделяется коррекции личности пациента и выработке адаптивных поведенческих навыков. На начальных этапах лечения основную роль играет мотивационное интервьюирование и психофармакотерапия, затем, по мере продвижения пациента в реабилитационном пространстве, они нивелируются и уступают место когнитивно-поведенческой психотерапии и социальной помощи. Нередко каждый последующий этап проходит в разных отделениях одного наркологического учреждения или даже в медицинских и реабилитационных центрах разной подчинённости и формы собственности. Это создает определённый терапевтический провал (вакуум) в момент этапных переводов пациента, что требует качественной организации преемственности между отдельными блоками программы лечения и создания так называемых «буферных групп» больных, готовящихся к переходу на более продвинутый этап терапии (см. схему 1).

Основными нормативными документами, определяющими клиническое ведение пациентов с наркоманией в нашей стране, являются ведомственные приказы «Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» (приказ МЗ № 140 от 28.04.98г.) и «Реабилитация больных наркоманией. Протокол ведения больных (Z 50.3, приказ МЗ РФ от 22 октября 2003 г. № 500).

Схема 1. Алгоритм комплексного этапного лечения пациента с опиоидной (героиновой) зависимостью. Шифр МКБ F11.2



Накопленный мировой научный опыт свидетельствует, что существуют эффективные методы и вмешательства лечения психических и поведенческих расстройств, связанных с зависимостью от ПАВ (таблица 2).

Таблица 2. Современные эффективные компоненты и методы лечения зависимости от опиоидных наркотиков\*

Фармакологическое лечение	Описание и эффективность
Налтрексон - антагонист опиоидных рецепторов, блокирует воздействие опиоидных наркотиков на опиоидные рецепторы.	Налтрексон позволяет в 3-4 раза повысить приверженность к лечению и поддержать ремиссию при героиновой наркомании по сравнению с плацебо. Осуществление лечения начинается после полной детоксикации. Обязательно проводится предварительный налоксоновый тест для исключения скрытых симптомов абстиненции. Прием препарата осуществляется per os один раз в день по 50 мг. Распространённой проблемой является несогласие больных на данный метод лечения, частые отказы от приёма после начала лечения. Поэтому для достижения благоприятного результата необходимо наличие позитивного отношения пациента к терапии, эффективного консультирования и тщательного мониторинга приёма препарата. Существует пролонгированная форма налтрексона – продетоксон, имплантат длительностью действия до 2-2,5 месяцев. Показано, что имплантация налтрексона значительно более эффективна, чем его пероральный приём. Комбинация налтрексона с флуоксетином более эффективна для предупреждения рецидивов, но только у женщин. Налтрексон назначается только после полного купирования опиоидного абстинентного синдрома, когда в организме не остается опиатов и их метаболитов, иначе налтрексон может вызвать резкое усиление симптомов абстиненции, вплоть до развития психотического состояния. Для профилактики подобных осложнений перед назначением любых форм налтрексона выполняют «налксоновый тест» - вводят инъекцию 0,4 мг (1 мл) налоксона в вену или в мышцу однократно. Через 15-30 минут оценивают клиническое состояние пациента и, убедившись в полном отсутствии признаков опиоидного синдрома отмены, назначают налтрексон.

	<p>Применение блокирующей терапии налтрексоном является лишь частью комплексного лечения синдрома зависимости и не может рассматриваться как монотерапия. Приём налтрексона всегда сочетается с психологическим или психотерапевтическим консультированием, семейной психотерапией и различными программами медико-социальной реабилитации. Профилактика алкогольных и наркоманических срывов при лечении налтрексоном возможна только тогда, когда пациент чётко продолжает принимать налтрексон. Для достижения ремиссии важен не сам факт приёма препарата, а внутренняя мотивация пациента на длительное лечение налтрексоном и рутинное соблюдение временного режима приёма лекарства.</p> <p>Перед и после имплантации требуется формировать у пациента приверженность к психологическому консультированию и другим формам амбулаторной наркологической реабилитации. Если применяется лечение таблетированной формой налтрексона, то идеальной ситуацией является вовлечение семьи в контролирование процесса приёма налтрексона пациентом. В целом, любая психотерапевтическая программа лечения алкогольной или опиатной зависимости, может сопровождаться назначением налтрексоновой блокирующей терапии (только при согласии пациента). Установлено, что налтрексон не обнаруживает значимого лекарственного взаимодействия с АРВТ-препаратами.</p>
Применение лекарственных препаратов для ослабления психиатрических симптомов	Лечение коморбидных психических расстройств позволяет снизить вторичное патологическое влечение, возникающее при обострении невротоподобной симптоматики психического расстройства.
Психотерапия и поведенческие вмешательства	Описание и эффективность
Наличие индивидуального психолога-консультанта или лечащего врача	Повышенная продолжительность курса лечения определяет его качество и стойкость ремиссии.
Мотивационное интервьюирование	Кратковременное вмешательство с партнерским подходом, при котором терапевт помогает пациенту развить мотивацию посредством прояснения целей пациента и осознания связанной с ними двойственности, выявить «за» и «против» конкретного поведения. Большое место в методе уделяется эмпатии и рефлексивному слушанию. Применяется на всех этапах наркологического лечения. Помогает ускорить решение пациента прекратить принимать наркотики и начать лечение. Эта техника также всегда необходима при переходе от этапа детоксикации к этапу реабилитации.
Стимулирование (подкрепление) побуждений	Использование позитивного подкрепления, например, награда или привилегия за трезвость, бонус за посещение лечебного занятия или за аккуратный приём назначенных медикаментов. Сюда включаются программы финансового стимулирования и выдача талонов (жетонов) за лечение и воздержание.
Когнитивная терапия	Изменение познавательных процессов у пациента. Выявление и коррекция схем неадекватного мышления для уменьшения и устранения негативных чувств и поведения. Часто сочетается с поведенческой терапией.

Поведенческая терапия	Терапевтическое вмешательство в поведенческую цепь действий, ведущих к приёму ПАВ. Проводят обучение поведенческим и социальным навыкам противостояния пристрастию к ПАВ, а также взаимодействию с обществом, свободным от ПАВ.
Предупреждение рецидивов на основе когнитивной и поведенческой психотерапии	Подход, в котором развивают самоконтроль больных, для того, чтобы избежать рецидива. Стратегия предупреждения рецидивов помогает пациенту своевременно распознать, избежать и совладать с ситуациями, в которых наиболее часто и легко происходило употребление наркотиков.
Групповая психотерапия	Позволяет посмотреть реалистично на мир употребления наркотиков, осознать осложнения наркомании. Пациенты осваивают эффективные способы владения своими эмоциональными и внутриличностными проблемами без обращения к наркотикам. Важно, что обсуждение диаметрально противоположных точек зрения и общие мероприятия в рамках групповой терапии не имеют доказательств эффективности по сравнению с другими методами.
Участие в группах взаимопомощи (Анонимные алкоголики, Анонимные наркоманы)	Участие в деятельности данных групп после курса интенсивной реабилитации; амбулаторная реабилитация

\* Источники: 1. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимость от них // Резюме. ВОЗ, Женева. 2004.

1. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимость от них, 2004.
2. Инвестиции в лечение наркомании: документ на уровне лиц, ответственных за разработку политики, 2003. С. 28.
3. Drugs, brains, and behavior: The science of addiction. NIDA, 2007.
4. Krupitsky E. et al // Journal of substance abuse treatment, 26, 2004, С 285-294.

В условиях Российской Федерации наиболее эффективной схемой лечения опийной наркозависимости следует считать стационарный курс детоксикации и комплексной фармакотерапии поствакцинтных расстройств с последующей когнитивно-поведенческой и групповой психотерапией, долгосрочной амбулаторной социальной и трудовой реабилитацией и применением пролонгированных форм налтрексона. Для женщин оправдано применение флуоксетина в сочетании с налтрексоном-пролонгом. Существенными ограничениями широкого применения данного подхода выступают отсутствие широкой сети реабилитационных центров с подготовленными кадрами в большинстве субъектов Российской Федерации, а также очень низкая доступность современных психофармакологических препаратов и налтрексона-импланта для пациентов. Важной проблемой является также низкий уровень доступности бесплатной неотложной наркологической помощи для всех нуждающихся, особенно в сельской местности.

Очень важно учитывать, что доля тех или иных медико-социальных вмешательств в процесс ведения конкретного случая химической зависимости напрямую связана с личностью пациента и его социальным окружением. Например, применение психиатрической и психофармакологической помощи для тех пациентов, у которых наряду с зависимостью есть другие психические заболевания; применение семейной психотерапии для пациентов, имеющих проблемы в се-

мье; оказание медицинских услуги пациентам, которых беспокоит соматическое неблагополучие; трудоустройство и восстановление документов для пациентов, недавно освободившихся из мест лишения свободы.

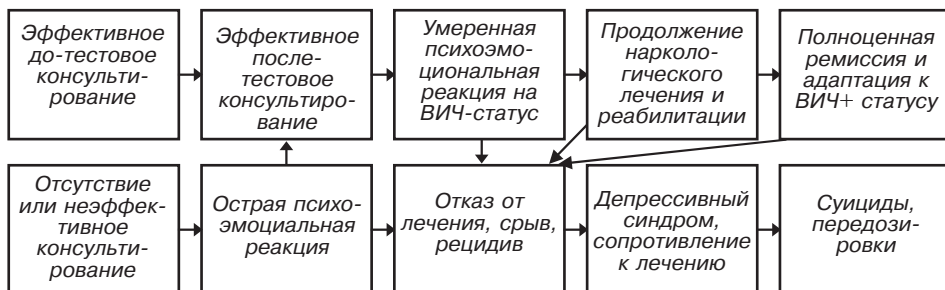
Стандартное применение антипсихотиков и антидепрессантов при лечении наркотической зависимости может вызывать побочные эффекты в виде седации, экстрапирамидных расстройств (нейролептический синдром), колебаний артериального давления и др. Данные медикаментозные осложнения купируются снижением дозы и применением специальных корректоров.

«Национальное руководство по наркологии» [41, 2008] отмечает, что в России при отсутствии заместительных поддерживающих программ (метадон, бупренорфин и др.) лечение ВИЧ-инфекции у пациентов с наркоманией предлагается отсрочить до достижения ими хотя бы минимальной ремиссии зависимости от веществ.

Также важно отметить, что на этапах наркологического лечения большое значение имеет факт информирования пациента о выявленном у него ВИЧ-статусе. Хотя знание о наличии в организме ВИЧ не вызывает более злокачественного течения синдрома зависимости, однако данный вопрос требует внимательного отношения и детальной привязки к технологиям удержания пациента в лечебной программе. В любом случае при ознакомлении с ВИЧ-статусом клиент испытывает острую стрессовую реакцию, которая может через внутреннюю картину болезни влиять как на процесс наркологического лечения, так и на стойкость ремиссии. Собственно материальное наличие ВИЧ-инфекции в организме напрямую незначительно влияет на течение и лечение зависимости - особенно на ранних этапах инфицирования. Другими словами, это влияние - психологическое, через субъективную оценку пациентом своего ВИЧ положительного статуса. Таким образом, исход лечения зависимости не предрешен самим по себе фактом инфицирования ВИЧ. Поэтому профессиональное и качественное до- и послетестовое консультирование и адекватная психологическая поддержка всех специалистов играют решающую роль в разрыве порочного взаимовлияния химической зависимости и ВИЧ-инфекции и определяет и степень приверженности к лечению наркологического заболевания при наличии ВИЧ положительного статуса.

Возможные сценарии развития событий после информирования пациента о ВИЧ-статусе указаны на схеме 2.

**Схема 2.** Сценарии течения синдрома зависимости после информирования о положительном ВИЧ-статусе у больного опиумной наркоманией





Если пациент с синдромом зависимости в анамнезе уже получает антиретровирусную терапию, то некоторые изменения в его состоянии могут свидетельствовать о надвигающемся срыве и рецидиве:

- симптом «опьянения трезвостью» - повышенное настроение и гиперактивность;
- обострение симптомов психических нарушений (значительно сниженное настроение, тревога, дисфория, раздражительность, взбудораженное поведение, суицидальные мысли, бессонница);
- нерегулярное посещение специалистов мультипрофессиональной бригады;
- мысли об отказе приёма антиретровирусной терапии и устойчивые жалобы на побочное действие лекарств;
- конфликты с родственниками и партнёрами;
- алкогольное опьянение.

Роль врача инфекциониста в профилактике срывов и рецидивов наркологического заболевания у пациента, принимающего антиретровирусную терапию, состоит в поддержании доверительных партнёрских отношений с пациентом, а также в своевременном распознавании предсрывного состояния и подключение других членов мультидисциплинарной команды. Функция нарколога при этом состоит в назначении необходимых психофармакологических препаратов, применении психотерапевтических приёмов совладения с тягой. Психолог и равный консультант могут быть очень полезны в этой ситуации и оказать консультирование и поддержку.

Врачу любой специальности непросто взаимодействовать с наркологическими пациентами. Это обусловлено особенностями личности зависимых от ПАВ и отношением общества, которое, включая медицинских работников, нередко выражает к ним настороженное и предвзятое отношение, обнаруживает нетерпимость и склонность к социальным санкциям. Однако потребители психоактивных веществ имеют разную тяжесть синдрома зависимости, большие различия по глубине и степени выраженности психических и поведенческих нарушений, интеллектуальному уровню, сохранности критики, возможности понимать значение своих действий и контролировать их, способности к волеизъявлению и защите своих интересов. При этом на одном полюсе – хронические больные, в психологическом, а иногда и в юридическом смысле слова недееспособные, зависимые от других, несамостоятельные в выборе действий, а на другом – вполне автономные личности с нерезкими, пограничными психическими нарушениями. Естественно, в клинической ситуации после оценки личности пациента у врача не может быть одинаковой модели поведения в отношении столь разных пациентов.

Взаимоотношения персонала мультипрофессиональной бригады с пациентами – важнейший фактор успеха процесса индивидуального ведения случая. Этические правильные взаимоотношения способствуют созданию особой благоприятной атмосферы и специфической терапевтической среды. Это снижает уровень тревоги и сопротивления пациентов, позволяет почувствовать себя нужными и защищёнными, что создаёт позитивный фон для мотивационной, когнитивной и поведенческой работы. Правильно выверенный стиль взаимодействия членов бригады обеспечивает не только позитивное продвижение пациента по программе, но и профессионально-личностный рост самих сотрудников. Пренебрежение правилами партнёрских взаимоотношений в открытой системе ве-



дения случая чревато принятием ошибочных решений и потерей пациента.

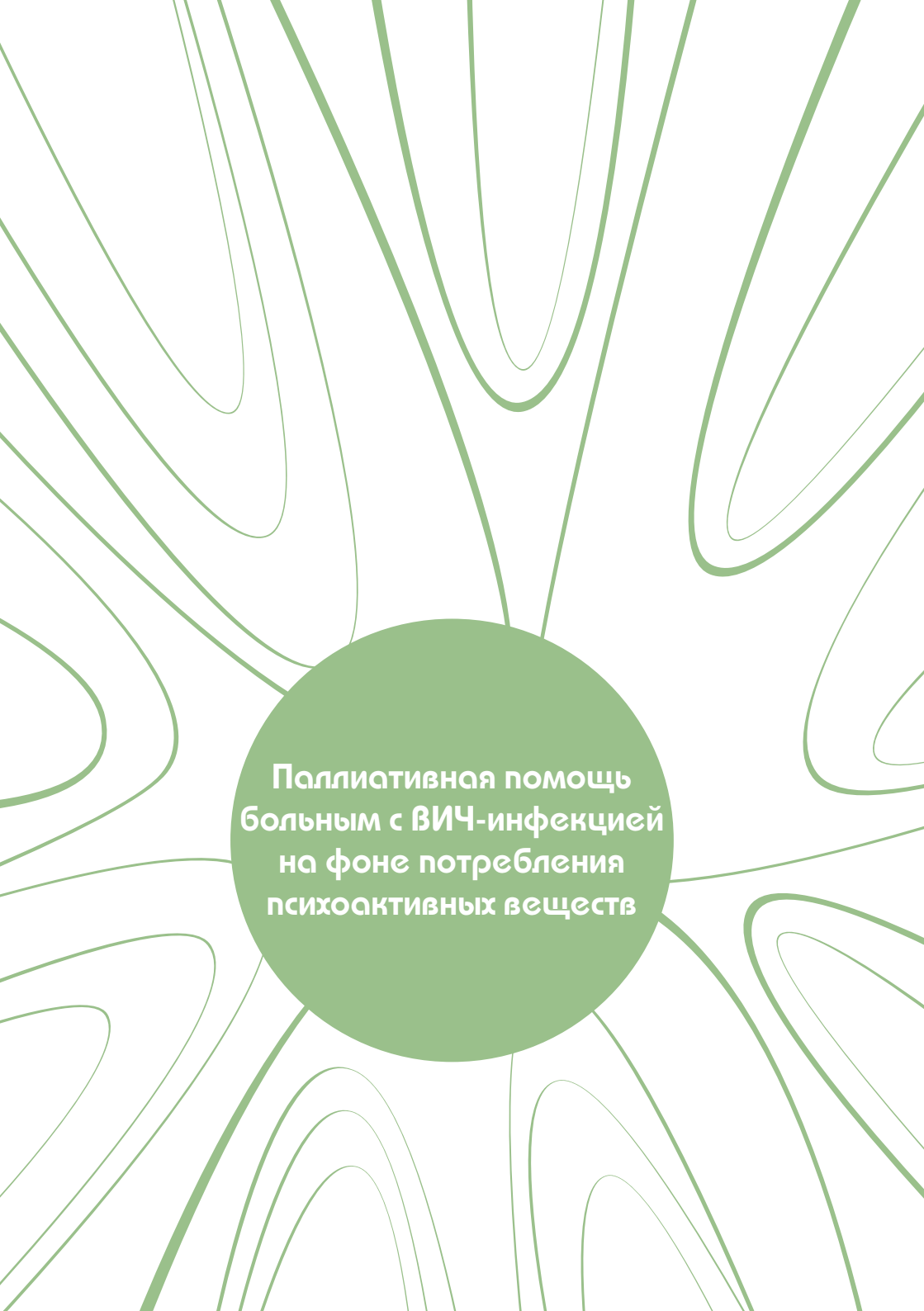
Умение выстраивать партнёрские отношения с пациентами предполагает наличие у персонала бригады специалистов, занимающихся лечением зависимости, определённых качеств: эмпатии, толерантности, доброжелательности, коммуникабельности, уравновешенности, устойчивости к манипулированию. Система «врач-пациент» в наркологии представляет собой своеобразное лабиринтирование между волнообразными изменениями в психическом состоянии пациента, в умении выбрать правильную тактику помощи, чтобы с одной стороны, не отвратить пациента от специалиста, а с другой – не спровоцировать у него желание переложить на персонал все свои проблемы и уйти в психологическое сопротивление.

В клиническом протоколе Европейского региона ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков (2006) утверждается, что если всесторонняя медицинская помощь оказывается непредвзято и справедливо, то большая часть инъекционных наркопотребителей охотно соглашается на лечение ВИЧ-инфекции и соблюдает врачебные рекомендации. Подчёркивается, что наилучших результатов удаётся достичь в тех случаях, когда лечение ВИЧ/СПИДа сочетается с лечением наркозависимости и психосоциальной поддержкой.

#### **Рекомендуемая литература:**

1. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь // Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. 2006. - 84 с.
2. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1 и 2. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2006. – 272 с.
3. Инвестиции в лечение наркомании: документ на уровне лиц, ответственных за разработку политики. УНП ООН. Вена – Нью-Йорк, 2003. - 38 с.
4. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с. – (Серия «Национальные руководства»)
5. Наркологическая помощь и уход для женщин: тематические исследования и извлечённые уроки. УНП ООН. Вена - Нью-Йорк. 2004.
6. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимость от них // Резюме. ВОЗ, Женева. 2004. - 40 с.
7. Реабилитация больных наркоманией. Протокол ведения больных (Z 50.3) Приказ МЗ РФ от 22.10.2003 г. № 500.
8. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приказ МЗ № 140 от 28.04.98г.
9. О наркологических реабилитационных центрах. Приказ МЗ РФ № 76 от 18.03.97
10. Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях). Приказ МЗ РФ № 327 от 23.08.99
11. Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (В редакции ФЗ от 21.07.1998 №117-ФЗ, от 25.07.2002 №116-ФЗ, от 10.01.2003 №15-ФЗ, от 22.08.2004 №122-ФЗ)
12. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ.
13. Формулярная система. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств / Под общ. ред. А.Г.Чучалина. – Вып. 8. – С.254-312.





**Паллиативная помощь  
больным с ВИЧ-инфекцией  
на фоне потребления  
психоактивных веществ**

## Паллиативная помощь больным с ВИЧ-инфекцией на фоне потребления психоактивных веществ

По современным представлениям паллиативная помощь представляет собой направление медико-социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного (уносящего жизнь) заболевания. Данная цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов - физических, психологических и духовных. Это определение включает в себя как медикаментозную, так и другие аспекты помощи для пациента и членов его семьи с момента постановки диагноза уносящего жизнь неизлечимого заболевания, в периоды обострения, в терминальной стадии и в период тяжелой утраты.

По определению, данному Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г., паллиативная помощь – это «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки». (National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002).

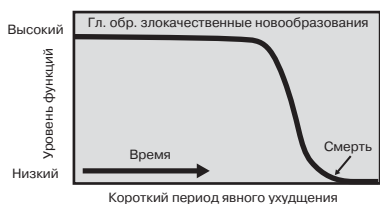
В тексте приложения № 2 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О МЕРАХ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ». №610 от 17 сентября 2007 года приводится следующее определение паллиативной помощи: «Под паллиативной помощью понимается комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, включающий медицинскую, социальную и психологическую поддержку больного и членов его семьи».

Существуют различные определения процесса паллиативной помощи, из них следует то общее – что паллиативная помощь рассматривает смерть как естественный процесс, она нацелена на обеспечение больному активного образа жизни настолько возможно долго, предлагает помощь семье пациента во время болезни и в период тяжелой утраты (смерти пациента). Паллиативная помощь традиционно ориентирована на нужды умирающих больных и поддержку их близких, как правило, при этом речь идет об онкологических заболеваниях. Растущие нужды людей, страдающих тяжелыми хроническими болезнями, а также новые научные данные в пользу эффективности паллиативной помощи, свидетельствуют о необходимости более широкого применения этого вида помощи и его тесной интеграции с различными службами здравоохранения. Недостаточное внимание к вопросам паллиативной помощи в существующей политике здравоохранения – это проблема, стоящая сегодня перед организаторами и руководителями в области здравоохранения и требующая безотлагательного решения.

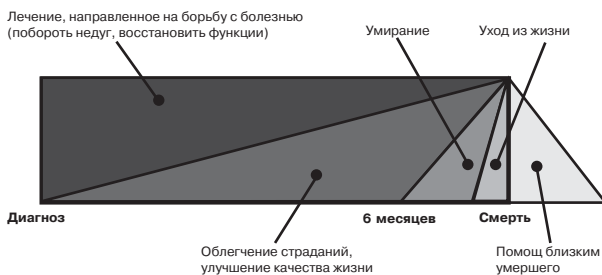
Паллиативная помощь основывается на пациент-центрированном подходе, который реализуется использованием технологии консультирования и является частью диспансерного наблюдения за пациентами, живущими с ВИЧ. В центре внимания находится конкретный человек со всем разнообразием своей сомати-

ческой, психосоциальной и духовной ситуации. Паллиативная помощь направлена на ослабление боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относится к смерти как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления. Паллиативная помощь включает психологическую и моральную поддержку, направленную на то, чтобы помочь больному сохранять в максимально возможной степени активную жизнь до последнего дня. Система поддержки для близких больного призвана помочь им справляться с трагической ситуацией, при необходимости – с применением психологического консультирования после смерти больного. Используя комплексный подход, паллиативная помощь чутко реагирует на нужды больных и их близких.

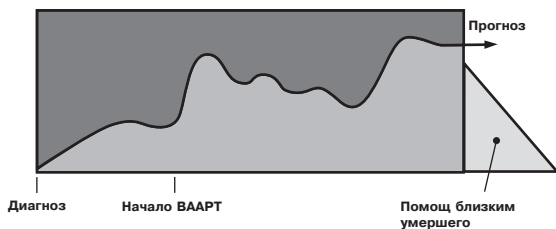
Кривые течения частых тяжелых заболеваний неонкологического характера могут дать впечатление, что по отношению к ним более трудно планировать оказание помощи.



Новая концепция паллиативной помощи предусматривает раннее включение медицинских работников в процесс паллиативной помощи. Подчеркивается, что принцип оказания паллиативной помощи только на финальном отрезке жизни явно не подходит для ситуаций, когда больные нуждаются в паллиативной помощи сразу же после постановки диагноза, несмотря на то, что им параллельно и до конца жизни проводят лечение, направленное против развития основного заболевания.



Новые воззрения на применение паллиативной помощи более тесно привязывают ее к известным закономерностям течения тех или иных видов заболеваний, в том числе ВИЧ.



### **Ключевые задачи паллиативной помощи:**

1. Уход;
2. Медицинская паллиативная помощь;
3. Психологическая помощь и поддержка;
4. Социальная поддержка;
5. Духовная религиозная поддержка;
6. Помощь и поддержка лицам, осуществляющим уход;
7. Помощь семье пациента.

Первичное обследование лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, нуждающимся в паллиативной помощи, проводится по тем же принципам, что и первичное обследование пациента с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией. Оно включает полный сбор анамнеза, физикальное исследование, определение стадии болезни (1-4 по классификации ВОЗ), а также оценку всех имеющихся проблем или других обстоятельств, требующих вмешательства или наблюдения. Кроме того, для оценки объема необходимой паллиативной помощи требуется выявить все имеющиеся симптомы, оценить тип и тяжесть боли, эмоциональные, психологические, духовные, семейные и социальные проблемы.

Потребитель наркотиков, живущий с ВИЧ, является «трудным пациентом». Он является трудным для самого себя, для окружения (которое часто уже дистанцировалось и от него и от его проблем) и для специалистов. И не только потому, что он обременен целым комплексом медицинских, психологических и социальных проблем, но в большей степени потому, что тяжесть его психического состояния, не «подъемна» ни для одного, пусть самого квалифицированного специалиста. Эта «особенность» наркопотребителей, скорее всего, сегодня в наибольшей степени недопонята специалистами, что и приводит ко всем проблемам при попытках вовлечь их в долгосрочные программы помощи. Эти пациенты нуждаются во внимании, но предоставление этого внимания должно быть научно организовано.

Необходимо создать вокруг пациента реабилитационное пространство, в котором любой участвующий специалист несет по отношению к пациенту терапевтическую нагрузку. Помощь таким пациентам это, в определенном смысле, «высокая» технология, с четким распределением функций и полномочий между специалистами, с коллективной ответственностью за результат, но с индивидуальной психологической нагрузкой, снижение которой приводит к потере контакта с пациентом, а повышение – к потере собственной работоспособности и опять же к потере контакта. Но этот дефицит внимания, в котором пациенты находятся и по психическим (наркологическим) и по психосоциальным причинам, не бездонен. Он напрямую связан с дефицитом доверия. Активизировать пациента, включить его внутренние ресурсы удастся только через завоевание доверия. Доверия не к желанию специалистов оказать помощь, а к способности профессионалов оказать ему эту помощь, при чем не краткосрочную, а долгосрочную.

**Важным условием успешной программы паллиативной помощи является устранение боли.**

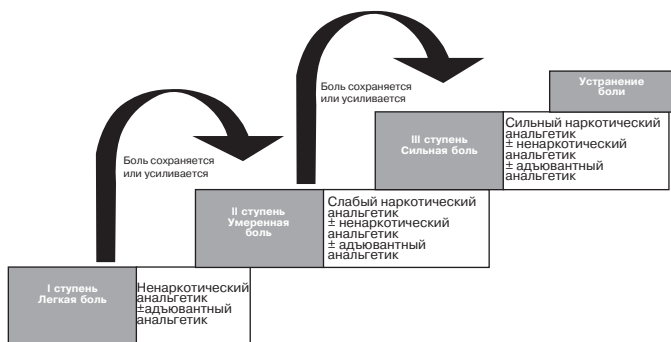
Выделяют две основные категории боли — ноцицептивную и нейропатическую.

Ноцицептивная боль возникает в результате раздражения интактных болевых рецепторов и бывает двух видов:

- соматическая боль (возникает в коже, мягких тканях, мышцах и костях);
- висцеральная боль (возникает во внутренних органах и полостях).

У 40% и более лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом на поздней стадии заболевания, возникает нейропатическая боль. За многие годы развития паллиативной помощи приобретен большой опыт контроля болевого синдрома и других мучительных проявлений болезни.

### Лечение боли у пациентов, живущих с ВИЧ/СПИДом проводится согласно стандарту ВОЗ («лестница обезболивания»).



В развернутых стадиях заболевания можно почти полностью устранить боль, если следовать соответствующим клиническим рекомендациям и иметь в наличии эффективные препараты, включая опиоиды. Выбор препаратов и дозы зависят от состояния больного и степени выраженности синдрома.

Потребители инъекционных наркотиков находятся в особой группе риска по неэффективному обезболиванию, в связи с наркозависимостью.

Принципиальные подходы к паллиативной помощи:


- Медицинские работники должны работать в тесном взаимодействии с пациентом, членами его семьи и многофункциональным коллективом для обеспечения оптимального применения медикаментозных, немедикаментозных, психологических, социальных, духовных мер вмешательства.

- В случае амбулаторного наблюдения потребителей психоактивных веществ медицинским работникам следует уделять внимание различным способам диагностики, в том числе, уринальным тестам.

### **Рекомендуемая литература:**

1. О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 610 от 17 сентября 2007 г.
2. Паллиативная помощь. Убедительные факты. - Под редакцией Elizabeth Davies и Irene J. Higginson - Всемирная организация здравоохранения, 2005.
3. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. Информационный бюллетень. - РОО «СПИД инфосвязь» - №1, 2006.
4. Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. - - Всемирная организация здравоохранения, 2006.





**Профилактика  
ВИЧ-инфекции у  
потребителей ПАВ**

## Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ

Основные пути передачи ВИЧ-инфекции: гемоконтактный, половой и вертикальный (от матери к плоду). На современном этапе развития эпидемии передача вируса иммунодефицита человека через кровь оказалась в основном сопряжена с парентеральным введением наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ).

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции обусловлено тем, что парентеральное употребление ПАВ не ограничивается реализацией исключительно гемоконтактного пути передачи, а открывает дорогу и двум другим - половому и вертикальному – от матери к плоду.

### Правовые аспекты профилактики ВИЧ - инфекции в связи с потреблением ПАВ.

Первый в России Федеральный Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» был принят Государственной Думой 24 февраля 1995 г.

Согласно этому закону:

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию на антитела к ВИЧ подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий и организаций, перечень которых утверждается Правительством РФ, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ был утвержден перечень показаний и лиц, в который были включены больные с подозрением или подтвержденным диагнозом наркомания с парентеральным путем введения наркотиков.

Следует отметить, что проведение обследования на ВИЧ без до- и послетестового консультирования не имеет профилактической ценности.

Реакцией Министерства здравоохранения на ухудшение эпидемиологической ситуации в связи с попаданием вируса иммунодефицита человека в среду потребителей ПАВ были письмо «О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в ЛПУ наркологического профиля» (5.02.96 № 10-04/6-19) и Приказ № 293 от 19.07.96 «Об усилении мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ», в которых предписывалось:

- проводить эпидрасследование каждого случая ВИЧ-инфекции у лиц, вводящих наркотики внутривенно;
- обучать медицинский персонал ЛПУ наркологического профиля по проблемам профилактики ВИЧ и консультирования пациентов;
- вести с 25-го июля 1996 года в ЛПУ наркологического профиля обязательное консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции всех пациентов, обращающихся за наркологической помощью, а также лиц, у которых установлен диагноз – наркомания, токсикомания, алкоголизм;
- усилить контроль соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в ЛПУ наркологического профиля;

- рассматривать всех пациентов ЛПУ наркологического профиля как потенциальных источников ВИЧ-инфекции и вирусных инфекционных гепатитов;
- принять меры к обеспечению ЛПУ наркологического профиля необходимым количеством инвентаря, средств индивидуальной защиты от заражения (перчатки) и дезинфекционными средствами;
- обеспечить оказание наркологической помощи лицам, инфицированным ВИЧ, в полном объеме, наравне с остальными гражданами РФ в специализированных ЛПУ наркологического профиля;
- принять меры, направленные на сохранение врачебной тайны, при выявлении ВИЧ-инфекции у лиц, страдающих наркологическими заболеваниями и др.

Вопросы профилактики ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ должны рассматриваться в едином контексте с профилактикой наркомании.

**Первичная профилактика наркомании** опирается в своей основе на долгосрочную общегосударственную политику, направленную на формирование общественного мнения непримиримого отношения к употреблению наркотиков. Такая политика позволяет надеяться, что противостояние наркомании станет действительно общенациональным делом и включит в себя усилия как на правительственном, так и по линии неправительственных структур и движений. Это работа с популяцией условно здоровых людей.

**Вторичная профилактика зависимости от ПАВ** касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с употреблением наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни. Ее цель - максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на человека, ограничить степень вреда, наносимого злоупотреблением ПАВ как потребителем, так и окружающей его микросреды. Это работа с людьми, у которых поведение риска уже сформировано

**К третичной профилактике** относятся мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов наркомании. Собственно, это и есть реабилитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне.

Основные направления и принципы профилактики ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ:

- Превентивная работа с начинающими потребителями ПАВ с помощью первичных профилактических программ. Раннее вмешательство с целью раннего выявления приносящего вред употребления и лечения у лиц, у которых еще не развилась физическая зависимость либо серьезные психосоциальные осложнения.
- Профилактика нового инфицирования путем изменения поведения неинфицированных потребителей ПАВ с целью предохранить их от риска заражения через обмен шприцами, травму, укол, либо при половом контакте с ВИЧ-инфицированными людьми обоего пола.
- Сдерживание уже существующей инфекции путем изменения поведения ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ, с целью снижения или исключения дальнейшего распространения инфекции через обмен шприцами, при пользовании общей емкостью с другими потребителями ПАВ, либо при половой связи с человеком того или иного пола как при случайных, так и при постоянных взаимоотношениях.

Такая цель профилактической работы, как достижение полного отказа от употребления наркотиков в рамках третичной профилактики представляет со-

бой актуальную, но трудновыполнимую задачу. Поэтому рациональным является поэтапное рассмотрение стратегий профилактики, связанных не только с медицинскими, но и социально-психологическими, экономическими и духовными аспектами этой работы.

Существуют следующие подходы к профилактике употребления наркотиков в немедицинских целях:

1. Программы «Снижения вреда» («Harm reduction»);
2. Программы обмена шприцов (ПОШ);
3. Уличная (аутрич) работа, обучение равных равными;
4. Различные виды заместительной терапии и, в частности, метадоновая

терапия, отношение к которой в нашей стране определяется законодательным запретом на ее применение.

Весьма интересны программы «Снижение вреда» для проведения профилактической работы. Содержание указанных программ заключается в следующем:

- Получение доступа к целевым группам потребителей инъекционных наркотиков практически закрытым для существующих служб здравоохранения, в том числе к таким контингентам, как работники коммерческого секса и лица, находящиеся в местах лишения свободы;

- Организация профилактики заражения ВИЧ, гепатитами и другими инфекциями, передающимися половым путем и через кровь, среди ПИН, и ограничения распространения эпидемии;

- Вовлечение ПИН в программы оказания им помощи и прежде всего лечения наркозависимости;

- Активное привлечение ПИН к программам лечения туберкулеза, ИППП, ВИЧ-инфекции, гепатитов;

- Обеспечение реабилитации наркозависимых, привлекаемых в рамках программы СВ к общественно полезной деятельности в качестве волонтеров, аутрич - работников, инструкторов и т.д.;

- Подготовка социальных и медицинских работников для работы в особых целевых группах;

- Возможность реализации других специальных программ в зонах эпидемиологического неблагополучия (вакцинации, лечение ИППП, скрининг на туберкулез, вирусные гепатиты и др.).

Зарубежные исследователи провели обзор контролируемых исследований различных методик консультирования, нацеленных на то, чтобы оградить потребителей ПАВ от заражения ВИЧ. Они выяснили, что, чем интенсивнее воздействия (т.е. глубже контакт с пациентом), тем реже человек склонен к риску в области инъекционного и сексуального поведения. В успешных программах обычно присутствуют индивидуальные и групповые консультации, сфокусированные на формировании необходимых навыков, профилактике рецидивов, консультирование и тестирование на ВИЧ

Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ должна охватывать потребителей ПАВ, медицинский персонал наркологических учреждений, учащуюся молодежь как группу с повышенным риском вовлечения в наркотическую зависимость.


Необходимо обратить внимание на то, что своевременно начатое лечение ВИЧ-инфекции, при условии приверженности к нему пациентов, снижает риск передачи ВИЧ. Потребители ПАВ могут успешно принимать АРВТ, и успешному лечению ВИЧ-инфекции способствует получение лечения зависимости от ПАВ, а также наличие доверительных отношений со специалистами, учет особых ме-

дицинских и психосоциальных потребностей потребителей ПАВ. Раннее обнаружение и лечение по поводу инфекций, передающихся половым путем, снижают вероятность передачи ВИЧ половым путем.

**Рекомендуемая литература:**

1. Беляева В. В., Хан Г.Н., Резник А.М., Рюмина И.И. Консультирование пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Здоровая Россия 2020, 2009г.
2. Валентик Ю.В., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди лиц, употребляющих наркотики (пособие для врачей). М.: Изд.:ООО «Каллиграф» 2003.- 153с.
3. Покровский В.В./ Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: «Медицина», 1996. – 248 с.: ил.
4. Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с высоким уровнем риска. Оценка имеющихся данных. ЮНЭЙДС/08.02R <http://www.unaids.org>





Консултирование  
и медицинские  
коммуникации при  
ВИЧ-инфекции

## Консультирование и медицинские коммуникации при ВИЧ-инфекции

У пациента – потребителя ПАВ, инфицированного ВИЧ, имеет место комплексный характер проблем: медицинских, психологических, социальных. Следует констатировать недостаточную эффективность нозоцентрического подхода к оказанию медицинской помощи при этом заболевании. Помощь таким пациентам должна оказываться исходя из их потребностей в комплексном медико-психосоциальном сопровождении. Необходим единый подход и единая технология оказания помощи при ВИЧ-инфекции. Таким подходом является пациент – центрированный подход, а такой технологией является консультирование.

Консультирование проводится в режиме конфиденциального диалога и имеет две составные части консультирования: информирование и предоставление психологической поддержки.

Основные принципы консультирования являются универсальными и не зависят от медицинской специальности.

В работе с пациентами необходимо отделять представления об индивидуальных ценностях от понимания профессиональных обязанностей.

Медицинский работник может отрицательно относиться к употреблению наркотиков, но как профессионал он должен придерживаться неосуждающего стиля общения. В противном случае он не сможет установить доверительные отношения и выполнить свои профессиональные обязанности.

Консультирование, как уже было отмечено выше, основывается на пациент-центрированном подходе и является универсальной технологией, которая используется в мультипрофессиональном сопровождении пациентов, живущих с ВИЧ.

При проведении консультирования необходимо учесть стадии изменений поведения, на которой находится пациент – потребитель ПАВ. Существует понятие мотивационного интервью как метода консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции.

Важно, что использование консультирования позволяет проводить, в том числе и профилактику синдрома эмоционального выгорания медицинских работников.

Необходимо подчеркнуть, что в соответствии с законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» не только добровольное, но и обязательное освидетельствование на ВИЧ производится с до- и послетестовым консультированием.

Крайне важно получить от пациента добровольное информированное согласие на обследование. Имеет место разница аспектов добровольности и информированности согласия. При этом недопустим формальный подход врача к получению согласия. Консультирование при обследовании на ВИЧ должен проводить медицинский работник, который его назначил.

Само по себе обследование без консультирования не имеет профилактической значимости, т.к. не приводит к изменению рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ.



## Консультирование по приверженности АРВ-терапии у потребителей ПАВ

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,  
Е-препараты.

При этом слагаемое «С» представляет собой совокупность специалистов, участвующих в процессе формирования приверженности ВААРТ

В наиболее общем виде приверженность лечению означает, что пациент принимает рекомендованные ему препараты вовремя, принимает препараты в рекомендованных дозах, соблюдает рекомендации по диете.

На практике приверженность лечению представляет собой количественную величину, отражающую поведение человека по отношению к приему лекарств. Ее значение может варьироваться от 0%, когда не принята ни одна доза лекарств, до более 100%, когда принято большее количество препаратов, чем было рекомендовано.

В различных зарубежных источниках понятие приверженности к терапии определяется по разному.

Одни авторы рассматривают приверженность как процентное соотношение приема назначенных доз препаратов в течение 2 часов от рекомендованного времени приема препаратов за 1 неделю. При таком подходе оценка приверженности опирается на данные электронного мониторинга.

В то же время другие авторы оценивают приверженность как процентное соотношение приема назначенных доз препаратов за последний месяц или другой установленный период времени. При этом опираются на данные, полученные от самих пациентов или электронный мониторинг.

Всемирная организация здравоохранения пороговым значением приверженности рекомендует считать 95%-ый уровень приверженности, т.к. он обеспечивает наилучший вирусологический ответ на проводимую терапию. При этом предлагается установить следующие уровни оценки приверженности:

1. хороший уровень приверженности при  $\geq 95\%$ ;
2. средний - при 85-94%;
3. низкий - при  $\leq 85\%$ .

Одним из эффективных подходов к формированию приверженности является консультирование по формированию приверженности терапии.

Консультирование при назначении и приеме ВААРТ позволяет:

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

Необходимо помнить о том, 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. Именно пациент, а не врач должен сформулировать противоречивость ситуации.

Задача консультирования состоит в том, чтобы помочь пациенту выразить обе противоречивые стороны и направить его к принятию приемлемого решения, которое может повлечь за собой изменение поведения. На практике при возникновении необходимости назначения специфического лечения ВИЧ-инфекции возникает вопрос о том, насколько можно прогнозировать приверженность пациента, в особенности, если у него имеется опыт употребления наркотиков.

### **Само по себе употребление наркотиков не может служить причиной отказа от назначения ВААРТ**

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

- В первую очередь необходимо разрешить проблему с зависимостью от наркотиков;
- Специфическое лечение ВИЧ-инфекции должно зависеть от стабилизации пациента в отношении наркопотребления;
- Важнейшим условием стабилизации пациента является комплексное решение его психосоциальных проблем;
- Основой формирования приверженности потребителей наркотиков к лечению является формирование отношений доверия между пациентом и специалистом; Отношения доверия создаются на основе пациент-центрированного подхода в рамках методологии консультирования.


Задача обеспечить своевременный прием всех назначенных препаратов такими низко мотивированными пациентами, как потребители ПАВ, может быть решена за счет использования мультипрофессионального подхода и использования мотивирующих стратегий консультирования.

Семинар начинается с демонстрации слайдов, раскрывающих необходимость получения добровольного информированного согласия на лечение, права пациента на информацию, на отказ от медицинского вмешательства.

Консультирование представляет собой технологию, направленную на изменение поведения пациента, в данном случае относительно приема лекарств.

### **Рекомендуемая литература**

1. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Фонд «Здоровая Россия», 2008.
2. Беляева В. В., Хан Г.Н., Резник А.М., Рюмина И.И. Консультирование пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Здоровая Россия 2020, 2009г.
3. Беляева В.В. Консультирование как модель оказания помощи при ВИЧ-инфекции// Медицинская кафедра. – 2004. - №2. – С. 186-189.
4. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей. – М., 2003. – 77 с.
5. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку: Учеб. пособие/ Кулаков В.И., Баранов И.И. – М.: ВЕДИ, 2003. – 168 с.: ил.



**Проблемы  
стигматизации  
и дискриминации,  
связанные  
с ВИЧ-инфекцией**

## Проблемы стигматизации и дискриминации, связанные с ВИЧ-инфекцией

ВИЧ-инфекция должна восприниматься как проблема, требующая разрешения, где важно понимать, что необходимо вести борьбу не с пациентами, а с заболеванием.

**Стигма** (греч. - клеймо, отметина) – это понятие, которое в социальной психологии определяется как социальный атрибут, дискредитирующий человека или группу, считающийся своего рода «пороком» и вызывающий стремление наказать. Стигма определяется и как признак пренебрежения или недоверия к человеку, который отделяет его от остальных.

**Стигматизация** - это процесс выделения индивидов среди других на основании некоторых неприемлемых отклонений от нормы с целью применения общественных санкций.

**Дискриминация** — это предвзятое или обусловленное предубеждениями обращение с человеком или группой людей.

Формирование стигматизации ведет к нежелательным последствиям, ограничивающим доступ пациентов к получению помощи и поддержки.

**Стигма ВИЧ-инфекции и наркомании опасна сама по себе**, она обесценивает и дискредитирует людей, создавая чувство стыда, вины, незащищенности и изоляции у людей, инфицированных ВИЧ, потребляющих наркотики и зависимых от них.

Стигма опасна и по той причине, что люди начинают вести себя таким образом, что это наносит ущерб другим людям и не позволяет им воспользоваться услугами или своими правами.

**Стигма дополняет существующие предрассудки**, усиливает маргинализацию людей, которые, возможно, уже являются более уязвимыми к развитию зависимости. Она вытекает из того, что потребление наркотиков ассоциируют с безволием, болезнью и смертью, а также с поведением, которое может быть незаконным, запрещенным, связанным, например, с получением удовольствия, связанного с совершением преступлений.

### Последствия стигматизации:

- позднее обращение к специалистам,
- использование нестандартных каналов помощи и самопомощи,
- сокрытие симптоматики, ее глубины,
- ограничение доступа ВИЧ - позитивных женщин – потребительниц ПАВ к получению помощи, ограничение возможностей получения услуг, направленных на предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов.

**Необходимо преодолевать барьеры коммуникаций в системе врач-пациент.** Чаще всего разногласия и непонимание, т.е. барьеры коммуникаций, связаны не с искажением информации или ее недостатком, а с неумением или нежеланием почувствовать, каков настрой пациента, его потребности и заботы.

Расхождения возникают из-за желания навязать свое видение или понимание ситуации. Употребление слов, которые воспринимаются как требования, употребление слов, которые воспринимаются как осуждение и употребление формулировок, не оставляющих выбора препятствуют формированию доверия, провоцируют непонимание и вынуждают к защитному поведению:

Преодоление стигмы и дискриминации пациентов с двойной стигмой ВИЧ-инфекции и потребления ПАВ начинается с изменения отношения и стиля общения медицинских работников с этими пациентами.

К мерам борьбы со стигмой и дискриминацией относятся:

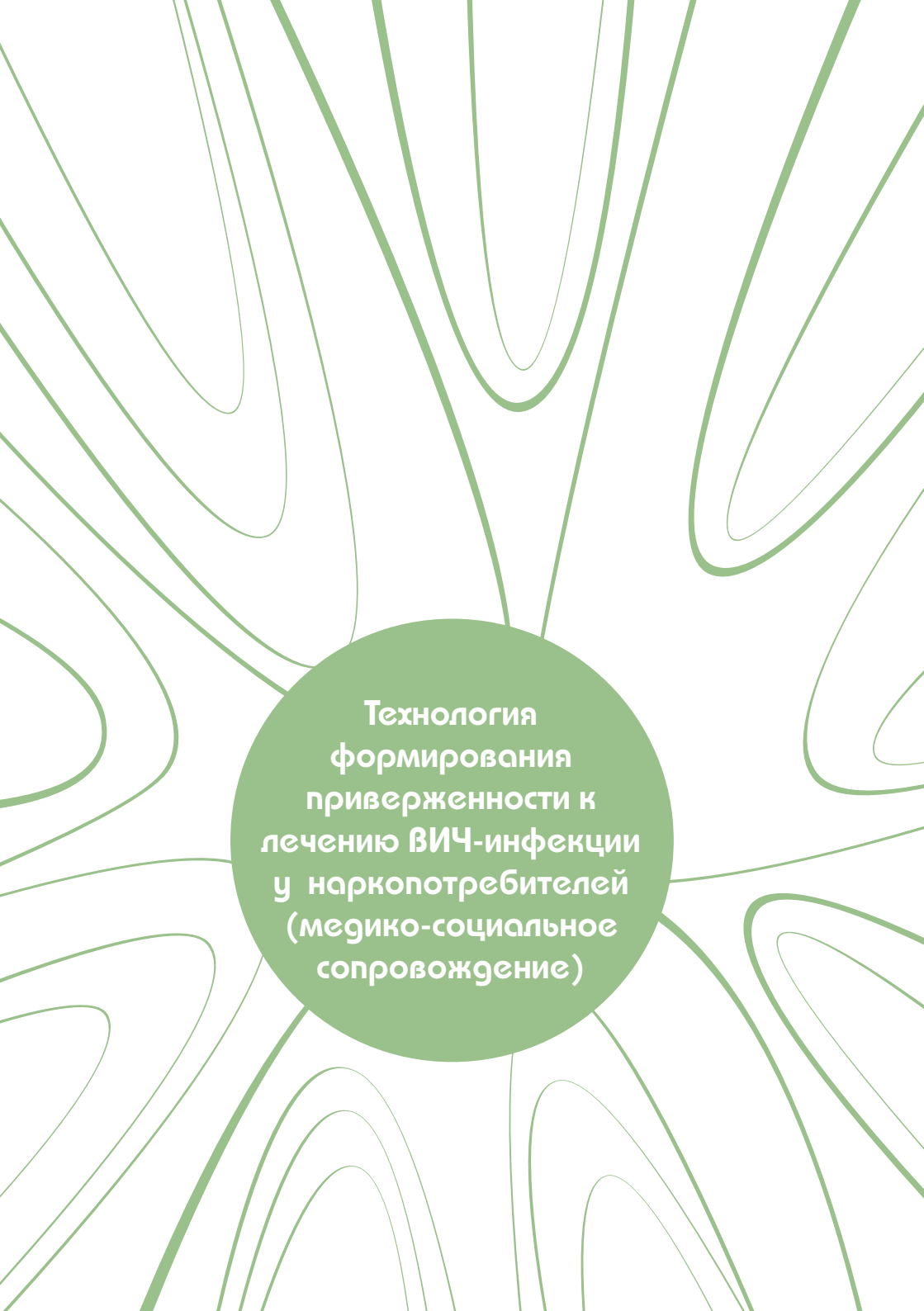
- преодоление неравенства путем обучения;
- повышение информирования с помощью СМИ;
- мобилизация лидеров для формирования уважительного и сочувственного отношения к людям, живущим с ВИЧ;
- повышение качества жизни людей, живущих с ВИЧ, путем оказания интегрированных услуг по уходу и поддержке;
- предоставление комплексного лечения ВИЧ-инфекции, включая доступ к АРВТ потребителям ПАВ;
- привлечение людей, живущих с ВИЧ, к участию в программах профилактики, поддержки и лечения ВИЧ-инфекции, равному консультированию;
- обучение медицинских работников навыкам неосуждающего недирективного консультирования пациентов.

Необходимо отметить, что пациенты – потребители ПАВ, живущие с ВИЧ-инфекцией, подвергаются двойной стигме, что снижает качество их жизни и доступ к получению помощи. В этой связи необходимость преодоления негативных установок по отношению к потребителям ПАВ является важнейшей задачей.

#### **Рекомендуемая литература:**

1. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. - М., 2003
2. Беляева В. В., Хан Г.Н., Резник А.М., Рюмина И.И. Консультирование пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Здоровая Россия 2020, 2009г.
3. Булискерия Т.Н., Смирнов Г.Г., Лазуткина Л.И., Васильева Н.М., Шишкарва Т.Н. Особенности работы медперсонала с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом -Сестринское дело, N94, 2001
4. ВИЧ-инфекция. Клиника и лечение / А.Г. Рахманова. - С-Петербург.: Издательство ССЗ, 2000. - 366 с.
5. Воронин Е.Е., Улюкин И.М., Терентьева Ж.В., Комисарова О.П., Ведмедь Е.М. Социально-психологические проблемы больных ВИЧ-инфекцией: Учебно-методическое пособие. СПб., 2001
6. Иоанниди Е.А., Морозова Н.А. Психосоциологические аспекты жизни ВИЧ-позитивных. // «Состояние здоровья населения Волгоградской области и современные медицинские технологии его коррекции». – Волгоград. – 2005.
7. Стигма и дискриминация. Информационный бюллетень. Всемирная кампания против СПИДа, 2002 - 2003 Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности: Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. (Перевод на русский язык, сентябрь 2002 г.) internet: <http://www.unaids.org>
8. Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ: важная часть национальных программ по СПИДу. Материал для национальных участников мер в ответ на ВИЧ (Перевод на русский язык, апрель 2008 г.) internet: <http://www.unaids.org>





Технология  
формирования  
приверженности к  
лечению ВИЧ-инфекции  
у наркопотребителей  
(медико-социальное  
сопровождение)

## Технология формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции у наркопотребителей (медико-социальное сопровождение)

Подчеркивается, что стратегической целью медико-социального сопровождения наркологического пациента в сочетании с ВИЧ-инфекцией является достижение устойчивой адаптации для самостоятельной жизни в обществе и приверженности к приёму антиретровирусных препаратов.

Разнообразие сложных психологических, медицинских и поведенческих особенностей в картине заболевания у потребителя психоактивных веществ и, особенно у лиц, употребляющих наркотики, требует компетентной помощи во всех проблемных областях пациента. Зависимость от ПАВ сравнивается исследователями и практиками с другими хроническими болезнями, однако она имеет много существенных особенностей. Наиболее значимыми являются медико-социальные последствия для семьи и общества, к которым также можно отнести ВИЧ-инфекцию и гепатиты. На первый взгляд может показаться, что основной упор в эффективном лечении должен быть сделан на ремиссии основных симптомов заболевания. Однако здесь мы получаем расхождение наших представлений с тем, к чему стремятся сами наркозависимые. Для них зачастую более важно решить свои проблемы с законом и правоохранительными органами, найти работу и жильё, поправить дела в отношениях с родственниками. Многие ВИЧ-инфицированные наркопотребители освобождаются из мест лишения свободы и испытывают острые сложности с материальным обеспечением и восстановлением необходимых документов. Поэтому на современном этапе изыскиваются новые формы работы с этой особой группой населения, которая, в отличие от других категорий пациентов, всегда требует межведомственного подхода и хорошей координации процесса предоставления не только чисто медицинских, но и широкого спектра других социальных услуг.

Для того чтобы эффективно и качественно оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным потребителям наркотиков, нужно учитывать их психические и поведенческие особенности, закрытость и боязливость этой группы пациентов в отношении любых официальных органов, а также существующие у наркозависимых потребности. Группа потребителей наркотиков имеет свои внутренние установки в отношении собственного здоровья, которые часто могут не совпадать со сформированным клиническим опытом врача-инфекциониста при оказании помощи пациентам, не страдающим наркоманией. Врачу - инфекционисту поможет терпение и принятие того факта, что наркопотребитель может изменить поведение, но это, как правило, требует специфического подхода и немалого времени. В свою очередь, врач психиатр-нарколог не имеет достаточных знаний о методах лечения и осложнениях ВИЧ-инфекции, гепатитов и туберкулёза, что неминуемо отражается на приверженности к терапии ВИЧ/СПИДа. Вышеизложенное приводит нас к необходимости объединять усилия, делиться опытом и работать совместно.

В клиническом протоколе Европейского региона ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков (2006) утверждается, что если всесторонняя медицинская помощь оказывается непредвзято и справедливо, то большая часть инъекционных наркопотребителей охотно соглашается на лечение ВИЧ-инфекции и соблюдает врачебные рекомендации. Подчёркивается, что наилучших результатов удаётся достичь в тех случаях, когда лечение ВИЧ/СПИ-



Да сочетается с лечением наркозависимости и психосоциальной поддержкой. В данном документе сформулированы следующие принципы оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, которые употребляют инъекционные наркотики:

- высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) у этой категории ВИЧ-инфицированных пациентов так же эффективна, как и у остальных пациентов;
- при адекватной поддержке как бывшие, так и активные ПИН, могут так же строго соблюдать режим лечения, как и остальные пациенты, и должны иметь равный с ними доступ к ВААРТ;
- сам факт употребления наркотиков в прошлом или настоящем не должен влиять на решение о назначении ВААРТ;
- при проведении ВААРТ необходимо уделять внимание особым потребностям активных и бывших ПИН, включая потребность в лечении наркозависимости, сопутствующих инфекций и других заболеваний;
- высококачественная заместительная терапия (применение медицинских препаратов, содержащих опиоиды) является важным компонентом помощи при ВИЧ/СПИДе у потребителей опиоидных наркотиков;
- наилучших результатов лечения можно добиться в рамках особых программ «снижения вреда», которые нацелены не на прекращение употребления наркотиков, а на смягчение последствий наркомании;
- необходимо обеспечить для потребителей инъекционных наркотиков дружелюбную обстановку, соблюдение прав и уважение достоинства, а также расширять и улучшать их доступ к лечению наркотической зависимости.

Национальное руководство по наркологии (2008) в свою очередь отмечает, что в отсутствие заместительных поддерживающих программ (метадон, бупренорфин и др.) в России лечение ВИЧ-инфекции у пациентов с наркоманией предлагается отсрочить до достижения хотя бы минимальной ремиссии зависимости.

В любом случае, на начальной стадии ВИЧ-инфекции нет никакой разницы в наркологическом лечении ВИЧ отрицательного и ВИЧ положительного пациента. Все больные с высоким индексом тяжести зависимости, как правило, нуждаются в стационарной наркологической помощи; бесплатной наркологической и другой специализированной медицинской помощи; они также нуждаются в обследовании на ВИЧ, гепатиты, туберкулёз; в лечении ВИЧ и гепатитов, туберкулёза; в бесплатных реабилитационных психотерапевтических программах после лечения в психиатрическом отделении. Ряд пациентов, не желающих полностью прекращать прием ПАВ, нуждается в программах снижения вреда (обмене инъекционных инструментов, презервативах и т.д.). Многие пациенты испытывают потребность в обеспечении крова, получении еды, одежды, восстановлении документов и трудоустройстве. Большинство больных нуждаются в амбулаторном медико-социальном сопровождении после выписки из медицинского стационара. Многие из пациентов нуждаются в диагностике и лечении сопутствующего психиатрического заболевания.

Крайне важно обеспечить взаимодействие инфекционистов и наркологов как между собой, так и с другими службами.

### **Междисциплинарное ведение случая (кейс-менеджмент)**

Рекомендации национального руководства по наркологии (2008) гласят, что в соответствии с системой диспансерного учёта ВИЧ-инфицированных пациентов из наркологии направляют в центры профилактики и борьбы со СПИДом по месту жительства. Пациентов с ВИЧ-инфекцией, впервые выявленной во время

прохождения стационарного этапа наркологической реабилитации, направляют туда после этого этапа. Экстренная консультация инфекциониста показана при подозрении на любое инфекционное заболевание из числа ВИЧ-ассоциированных. Особо подчёркивается, что пациенты с ВИЧ-инфекцией нуждаются в психотерапевтической и социальной поддержке на всех этапах заболевания.

В связи с зачастую скрытым от общества наркопотреблением и наличием разных страхов (мифов) в отношении лечения ВИЧ-инфекции, специалисты сталкиваются с ситуацией, когда дорогостоящие препараты имеются на складах и среди населения существует группа нуждающихся в лечении по медицинским показаниям, а обращаемость к специалистам всё равно остаётся низкой. Необходимы специальные усилия по привлечению пациентов с наркоманией и ВИЧ-инфекцией к службам здравоохранения. Только медицинские работники справиться с этим не смогут, поэтому в формировании эффективных программ лечения велика роль общественных организаций и объединений, а также родственников пациентов.

Мировой практический опыт последних десятилетий показал, что наилучших результатов по изменению качества жизни и здоровья наркозависимых можно достичь при содружественном подключении к этой работе разных участников лечебно-реабилитационного процесса. Новизна подхода здесь заключается в том, что заинтересованные специалисты официально (по приказу) или неформально (по устному соглашению) объединены в группу единомышленников и адресно «передают» пациента на последовательных этапах разносторонней помощи. Члены этой небольшой группы часто вместе обсуждают конкретный клинический случай, принимают согласованные решения и действуют по совместному плану и заранее оговоренным стандартным правилам. В последнее время такую форму организации медицинской помощи называют «междисциплинарное ведение индивидуального случая или работа в мультипрофессиональной команде специалистов». В российском здравоохранении, в наркологии в частности, давно известна так называемая «бригадная» форма работы с пациентом. Зарубежный опыт также показывает, что такие бригады или отдельных специалистов можно объединять между собой посредством специальных сотрудников, помогающих пациенту получить максимум информации обо всех услугах, облегчить доступ к ним и скоординировать общую работу. Врачи и другие специалисты при этом занимаются своими функциональными обязанностями, а за организационные вопросы и контроль движения пациента отвечает выделенный сотрудник – менеджер. Основная функция этого члена команды – быть связующим звеном между специалистами и пациентом. Менеджер выясняет особенности случая и проблемной ситуации пациента, вникает в его потребности, устанавливает готовность к лечебным действиям, направляет к специалистам и проверяет, чем это направление закончилось, т.е. помогает пациенту быстрее и с меньшими трудностями получить максимально возможный спектр услуг. На английском языке такая технология помощи называется «кейс-менеджмент» (дословно «управление случаем»), а специалист, отвечающий за междомовственное взаимодействие и координацию – «кейс-менеджером». Важная особенность данного подхода заключается в том, что в центре этой системы пациент и его случай в целом, а не отдельно взятые ведущий синдром или какое-либо заболевание. Менеджер по ведению случая заболевания (кейс-менеджер) должен обладать хорошими коммуникативными навыками и знаниями в области предоставления помощи наркопотребителям. Для этого на этапе формирования мультипрофессиональной бригады проводится целевое обучение менеджеров принципам ко-

мандообразования, особенностям работы с наркопотребителями, мотивированию пациентов, работе с документацией и собственно методологии и навыкам медико-социального сопровождения. Также необходимо обучение всех других членов бригады современным технологиям работы с наркопотребителями по формированию приверженности.

**Мультидисциплинарное бригадное ведение случая (кейс-менеджмент) при ВИЧ-инфекции** – межведомственная технология оказания помощи пациенту, основанная на координации предоставления услуг разными специалистами, работающими по выработанным правилам в единой медицинской бригаде.

Как правило, в рамках такой технологии психологическое, медицинское (медикаментозное) и социальное сопровождение пациента неразрывно связаны. Неслучайно и наркомания, и ВИЧ-инфекция относятся к группе так называемых «социально-значимых заболеваний». Поэтому все члены бригады, независимо от их статуса, воспринимают труд своих партнёров как равнозначный и одинаково важный для поддержания приверженности пациента к лечению.

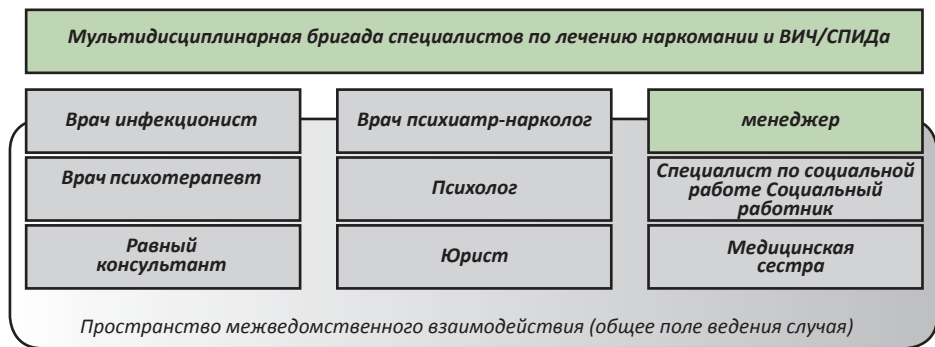
Мультипрофессиональная бригада создаётся по принципу рутинного практического взаимодействия между её специалистами во имя оперативного и эффективного решения проблем пациента. Известно, что в Российской Федерации имеется значительная территориальная удалённость специализированных учреждений друг от друга. Кроме того, принадлежность специалистов к учреждениям разных ведомств, отсутствие совместных планов работы приводят к тому, что порой даже в небольших муниципальных образованиях в сельской местности врач-нарколог не знает, где и когда принимает врач-инфекционист, и наоборот. Актуальность объединения усилий подтверждается тем, что в хорошей приверженности к лечению наркомании и ВИЧ/СПИДа заинтересованы в одинаковой степени как врачи-инфекционисты, так и врачи-наркологи.

В бригаде специалистов все роли чётко распределены. В самом простом виде в состав мультипрофессиональной бригады по лечению ВИЧ/СПИДа входят менеджер, врач-инфекционист, врач психиатр-нарколог и социальный работник. Эффективность бригады значительно повышается, если она содержит также должности психотерапевта, психолога, юриста, медицинскую сестру и равного консультанта. Должность равного консультанта подразумевает сотрудника, который является условно «своим» для наркопотребителя в силу своего собственного прошлого опыта. В то же самое время он играет роль в разрушении барьеров, недоверия и показывает собственным примером реальную возможность будущего выздоровления. Врачи, медицинские сёстры и психологи занимаются своими функциональными обязанностями и применяют новые технологии взаимодействия с пациентом (партнёрский стиль взаимодействия, психологическое консультирование, поощрение побуждений, мотивационное интервью и др.), при этом они не несут никакой дополнительной нагрузки. Юрист и социальный работник наделены функцией содействия в решении бытовых и жизненных проблем пациента и его семьи, таких как назначение материального пособия, техническое оформление инвалидности, восстановление документов (паспорт, страховой полис и др.), трудоустройства. Юридическая консультация и поддержка – один из приоритетных запросов среди ВИЧ-инфицированных пациентов, особенно для группы женщин с детьми и лиц, освободившихся из мест лишения свободы. Равный консультант играет важную роль в бригаде, особенно в сложных случаях низкой мотивации к лечению, отказа от терапии, наркоманических и алкогольных срывов, рецидивов и т.п. Равный консультант незаменим при работе со скрытым контингентом наркопотребителей, потому что эта часть паци-

ентов наименее мотивирована к получению медицинской помощи и негативно относится к взаимодействию с врачами и представителями любых официальных организаций. Основная роль менеджера в этой команде – координация и организация слаженной и бесперебойной работы по предоставлению услуг пациентам на всех этапах оказания помощи. Менеджер также регистрирует клиента, разрабатывает индивидуальный план сопровождения, направляет к специалистам бригады и «сопровождает» каждый конкретный случай. В условиях российского государственного или муниципального наркологического учреждения или центра профилактики и борьбы со СПИДом не существует штатных должностей равных консультантов и менеджеров. Есть положительный опыт введения таких должностей за счёт бюджетов общественных организаций и целевых региональных программ. В любом случае, функцию равных консультантов или менеджеров могут выполнять сотрудники с высшим сестринским образованием, штатные специалисты по социальной работе или социальные работники медицинских служб при наличии соответствующего дополнительного образования. Подготовка персонала может осуществляться методами циклов послевузовского дополнительного образования, тренинга или стажировки на рабочем месте.

Примерная схема мультипрофессиональной бригады представлена на рисунке 1.

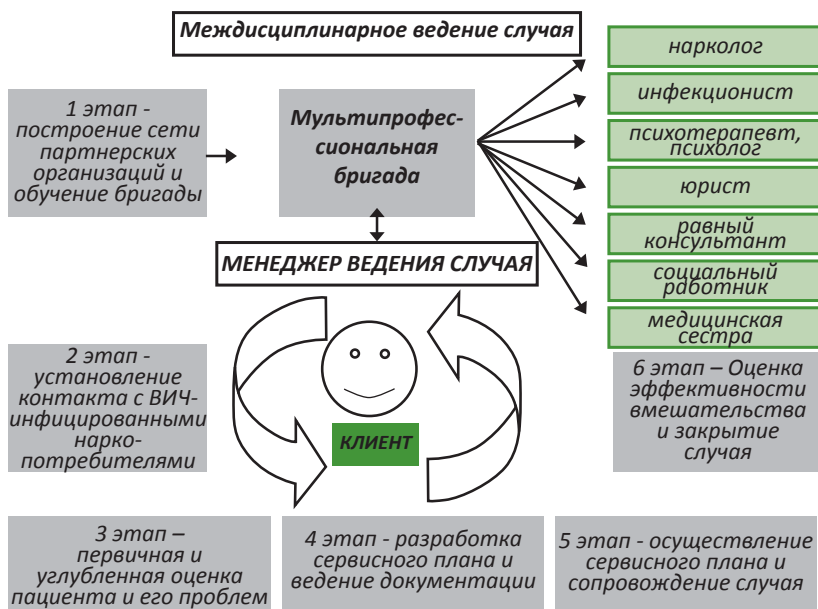
**Рисунок 1.**



Ведущий специалист бригады определяется проблемной ситуацией клиента и координируется менеджером ведения случая. При актуализации наркологических проблем основную роль играет психиатр-нарколог, социальных – социальный работник, инфекционных – врач-инфекционист. На этапе ввода пациента в сопровождение и составление плана ведения случая большую роль часто играют равный консультант или непосредственно менеджер.

Если рассмотреть становление междисциплинарного бригадного подхода как процесс внедрения технологии формирования приверженности к лечению ВИЧ/СПИДа, то эта система будет выстраиваться через последовательные действия, отражённые на следующей схеме (рисунок 2):

**Рисунок 2.**



В клиническом протоколе ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков (2006) особо подчёркивается, что медицинская помощь данному контингенту должна быть непрерывной (через систему направлений), обеспечивающей взаимодействие между медицинскими учреждениями, социальными службами, семьями пациентов и общественными группами самих пациентов. ВОЗ выступает за многопрофильный подход, причём мультипрофессиональная бригада на регулярных совещаниях должна обсуждать состояние получающих лечение и дальнейший план действий. Организация работы служб, занимающихся лечением и реабилитацией при ВИЧ-инфекции, а также координация этой работы являются важным условием успешного лечения потребителей наркотиков. Это необходимо для того, чтобы охватить и удержать в программе максимальное количество пациентов в лечебной программе.

В Российской Федерации при лечении ВИЧ-инфицированных пациентов с наркозависимостью необходимо наладить координацию работы служб как минимум пяти видов:

1. Государственная инфекционная служба и центры профилактики и борьбы со СПИДом;
2. Государственная наркологическая служба;
3. Медицинская служба пенитенциарной системы (медслужба УФСИН);
4. Психологические и социальные службы;
5. Общественные организации, работающие в сфере наркомании и ВИЧ/СПИДа.

Факультативно в это взаимодействие можно включить институт врачей общей практики. Данный способ межведомственного взаимодействия специалистов может быть закреплён ведомственными приказами региональных или муниципальных органов управления здравоохранением. При подготовке официальных

документов следует учитывать действующее законодательство о ВИЧ-инфекции, в том числе и правила о неразглашении диагноза.

На формирование эффективного сопровождения конкретного случая лечения могут влиять следующие виды факторов: медицинские, индивидуальные, связанные с организацией медицинской помощи и социальные.

### **Мотивирование наркопотребителей на начало и поддержание лечения**

В рамках комплексной мотивационной работы с наркопотребителем специалисты мультидисциплинарных бригад, помимо общепринятых наработок, могут использовать также относительно новые для российского здравоохранения подходы, повышающие приверженность как к наркологическому лечению, так и к терапии ВИЧ. Эти новые технологии неразрывно интегрированы в систему взаимодействия с потребителем наркотиков на всех этапах помощи и включают получившие подтверждение своей эффективности на практике метод мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческие вмешательства.

Мотивационное интервьюирование впервые было описано в 1983 году Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия». Основные положения метода более детально были описаны В.Миллером и С.Роллником в 1991 году. Этот метод был предложен на основе многолетнего опыта, полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем. В 1980-х годах традиционным было желание навязать, внушить клиенту мотивацию к изменению поведения. Консультант выступал в роли этакого эксперта, опытного специалиста, который сам находил у клиента проблему, сам описывал двойственность клиента в отношении этой проблемы и прибегал к прямому убеждению как к «эффективному» методу её разрешения. Несогласие клиента рассматривалось как черта его характера, которую необходимо срочно исправлять. Опыт показал, что наркологические клиенты не терпят такого подхода, проявляют непокорность и отказываются меняться. Это приводило к тому, что консультанты теряли терпение и утверждали, что их клиенты в большинстве своём – потерянные люди, они не мотивированы, и пытаться с ними что-то сделать просто бесполезно. С другой стороны, при покорном следовании директивным посылам консультанта, рано или поздно наркологический пациент сталкивался с неудачей (наркотический срыв или рецидив болезни). В этом случае все обвинения пациента и его семьи сразу обрушивались на врача: «Мы делали так, как Вы ему приказывали» Это приводило к фокусированию всей ответственности на консультанте-эксперте и вызывало новую волну неудач, разочарований и подавленности. В результате анализа такой тактики, В.Миллер пришёл к выводу, что именно навязывание советов, жесткие указания, агрессивное противостояние с клиентом являются основными причинами нарастающего психологического сопротивления, рассматриваемого сегодня как основной барьер на пути к изменениям клиента.

При использовании мотивационного интервьюирования обязательно используется тактика создания у пациента ощущение безопасности, понимания и поддержки для того, чтобы:

- 1) помочь клиенту размышлять о своём поведении;
- 2) помочь клиенту определиться в том, готов ли он что-то изменить в своём поведении;
- 3) помочь клиенту определиться, каким образом можно и нужно действовать, осуществляя запланированные изменения.

**Мотивационное интервьюирование** — партнёрское консультирование на основе потребностей клиента, создающее условия для позитивного самостоятельного изменения поведения клиента через выявление и разрешение его амбивалентности (двойственности).

**Интервью** (interview) в переводе с английского означает «взаимный (обоюдный) взгляд или мнение», т.е. двое или больше людей рассматривают вместе какой-то вопрос.

**«Интервьюирование»** означает процесс проведения интервью.

**«Мотивационное»** означает, что речь идёт о мотивации как о системе стимулов, побуждающих человека к действию.

Таким образом, мотивационное интервьюирование можно определить как продолжающийся разговор об изменении клиента, направляемый особым стилем работы консультанта так, что основная роль в этом разговоре отводится клиенту. Специалист поощряет клиента говорить о сомнениях и препятствиях, о своей мотивации к изменениям, для того, чтобы принять решение по поводу своего поведения.

На какую мишень в психике и поведении клиента направлено мотивационное интервью? Что такое амбивалентность?

Это конфликт между двумя возможными направлениями действий, противоречие (нередко неосознанное) в отношении пациента к чему-либо, это сомнения в принятии решений, внутреннее расщепление к окружению, и, соответственно, двойственность и неопределённость в поступках. Двойственность во внутреннем мире человека поддерживается и не сразу разрешается из-за того, что каждая её составляющая имеет как преимущества, так и издержки. Самое распространённое противоречие в личности потребителя наркотиков – это действительное одновременное существование в меняющихся пропорциях желания прекратить употреблять наркотики и продолжать их приём. Наркопотребитель часто уныло говорит о том, что «он устал и давно хочет лечиться» и в то же самое время эмоционально объясняет, что «вы никогда не поймёте, какой «кайф» даёт наркотик».

Консультант, правильно использующий в работе технику мотивационного интервьюирования, стремится к тому, чтобы мотивация к изменению поведения возникла у самого клиента, а не навязывалась ему извне.

Другие подходы к мотивированию клиента допускают, а иногда и настаивают на применении конфронтации, принуждения, доказывания и убеждения с использованием внешних обстоятельств (например, угроз потерять семью или здоровье). Эта тактика является довольно привычной и распространённой в общеврачебной сети при работе с населением без психических и поведенческих проблем. На практике взаимодействие специалистов с потребителями наркотиков в таком стиле, особенно во время первичного приёма, приводит к тому, что клиент отказывается от общения, начинает грубить, манипулировать, обманывать и в конечном итоге не попадает в необходимую ему терапевтическую программу.

#### **Основные принципы мотивационного интервьюирования:**

- аккуратно развивать двойственность (противоречия) в мыслях, эмоциях и поступках пациента;
- избегать убеждения и аргументации;



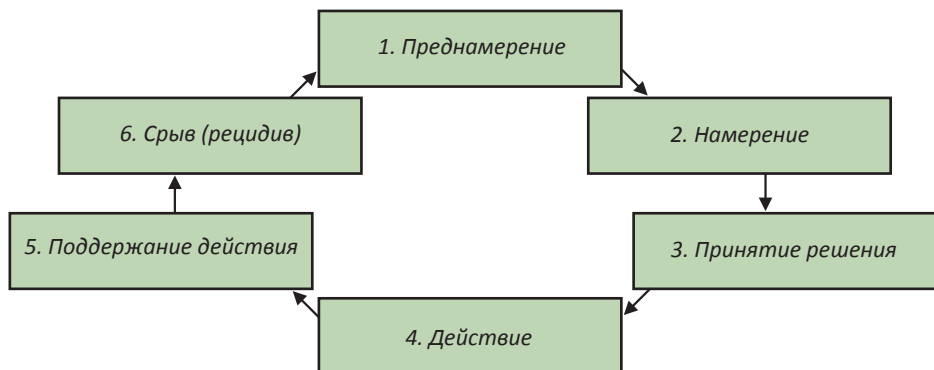
- уменьшать и обходить сопротивление пациента;
- выражать эмпатию (сопереживать);
- помочь осознать несовместимость текущего поведения пациента и реализации своих планов на будущее, а также цену его поведения в настоящее время;
- поддерживать уверенность в собственных силах и активно поощрять продуктивные изменения в процессе продвижения к принятию решения.

Люди стремятся изменить свое поведение, когда они четко видят несоответствие между нынешними принципами существования и более широкими (важными) жизненными целями. Некоторые пациенты, как правило, понимают, в чем состоят расхождения между их поведением и видением себя в будущем. Но они также испытывают колебания и сомнения по поводу самой возможности изменений, не верят в малейший успех из-за низкой самооценки и устойчивого стереотипа «собственного неудачного опыта». Задача консультанта — помочь клиенту максимально четко определить эти расхождения (между ожидаемым желаемым и настоящим) и тем самым усилить его побуждения на изменения. Таким образом, внутренний конфликт, возникший у клиента, используется консультантом для помощи клиенту, и осознанное клиентом несоответствие побуждает его избавиться от патологического поведения. В данной связи важно помнить: необходимость изменений обосновывает не консультант, а клиент.

Следует учесть значительную распространённость среди наркопотребителей опыта криминального поведения, лишения свободы и выстраивать мотивационное общение с пациентом доброжелательно и нейтрально, без собственной эмоциональной оценки этих особенностей.

Мотивационное интервьюирование ограничивается подведением клиента к принятию решения без указания того, что ему делать дальше. Используя данную тактику, специалист работает с мыслями пациента, его внутренними факторами (двойственность, сомнения, страхи и т.д.), знаниями и волевыми качествами. Однако наиболее эффективным подходом к мотивированию будет использование не только внутренних (помощь в принятии решений, информирование и уровень знаний, повышение самооценки, позитивного настроения), но и внешних факторов (создание необходимой системы социальной поддержки) мотивации. Наряду с тем, что существует много доказательств, что внутренние намерения являются важнейшим фактором, предопределяющим изменения поведения, качество, а главное, долговременная устойчивость принятого решения, (хочу, могу и буду с учётом всех «за» и «против») зависит также от внешних факторов (социальная поддержка и обстановка). Поскольку многие потребители наркотиков в своих поступках руководствуются внешними обстоятельствами, не нужно целиком полагаться на мотивационное интервью для того, чтобы произошли изменения. Этим обусловлено некоторое разделение полномочий между персоналом мультипрофессиональной бригады. Все сотрудники могут использовать мотивационное интервьюирование, но наиболее часто его будут применять психиатры-наркологи, психотерапевты (психологи) и инфекционисты. Равные консультанты, социальные работники, медицинские сёстры и менеджеры будут в большей мере обеспечивать формирование вокруг пациента благоприятной внешней мотивационной среды. Например, создание безопасной среды или бытовых условий для бездомных потребителей наркотиков. Последовательность изменения поведения была описана и представлена графически Д.О. Прохазкой и С.С. Ди Клементе [1986], которые выделили несколько стадий изменения поведения, объединив их в замкнутый круг. Это «колесо изменений» состоит из следующих стадий:





После достижения пациентом стадии принятия решения о лечении возникает необходимость продолжать работу, например, разрабатывать план и график лечения, обучать пациента определённым навыкам питания, режима дня, приёма лекарственных препаратов и т.д. Данная работа проводится в рамках когнитивно-поведенческого метода, который поддерживает позитивные изменения в поведении.

**Когнитивно-поведенческие техники** – это методы работы с пациентом, направленные на отработку осознанных навыков и устойчивых моделей поведения в ситуациях потенциального риска. Это достижение посредством взаимодействия специалиста (инфекциониста, нарколога, психотерапевта, психолога) и пациента поведенческой готовности пациента к преодолению моральных и повседневных трудностей и научение методам владения проблемной ситуацией.

В соответствии с позицией ВОЗ [Резюме ВОЗ: Женева, 2004], когнитивно-поведенческие вмешательства у потребителей наркотиков сосредоточены на:

1. Изменении познавательных процессов, ведущих к неадаптивному поведению;
2. Вмешательстве в поведенческую цепь действий, ведущих к приёму психоактивных веществ;
3. Оказании помощи больным в успешном противостоянии острому и хроническому пристрастию к психоактивным веществам;
4. Содействии и ускорении развития социальных навыков и поведения.

Формирование устойчивых социальных и поведенческих навыков проводится всеми специалистами мультидисциплинарной бригады с учётом комплексного плана терапии наркомании и ВИЧ/СПИДа, с акцентом уже не на внутренние, а на внешние мотивирующие факторы. Очень часто у специалистов, работающих с потребителями психоактивных веществ, возникают ситуации, когда кто-то из пациентов остро нуждается в помощи или поддержке, но возможности помочь собственными силами могут быть во многом ограничены. В этом случае перенаправление человека в другую службу или к другому специалисту может быть самым полезным из того, чем мы могли бы ему помочь. Такая отсылка может оказаться полезной в гораздо большей степени, чем это было бы возможным при опоре на собственные силы в процессе работы с клиентом единолично. Способность сделать необходимое и полезное перенаправление гораздо проще в рамках мультипрофессиональной бригады, когда каждый её член знаком с имеющимися ресурсами. Стиль, в котором происходит направление пациента, очень важен. Направление к другому специалисту – это не рецепт или назначе-

ние, это дополнительная информация для пациента. Координирующую роль в организации индивидуального ведения случая терапии-ВИЧ играет менеджер, при его отсутствии – врач-инфекционист. Советуя пациенту обратиться куда-либо слишком директивно, специалист рискует вызвать сопротивление, потерять клиента и сформировать нежелание больше обращаться к специалистам или куда-либо вообще. В конечном итоге, решение обратиться куда-либо или нет, принимает сам пациент.

Помощь при ВИЧ-инфекции для потребителей психоактивных веществ осуществляется с учётом потребностей пациента и его психических и поведенческих особенностей. Взаимодействие инфекционистов и наркологов является обязательным элементом комплексного лечения этой группы больных. Это сотрудничество возможно в условиях бригадного метода работы. На этапе вовлечения наркопотребителей в терапию во многом процесс общения специалистов мультипрофессиональной бригады с пациентами укладывается в мотивационное интервьюирование, привлечение сотрудников общественных организаций и равных консультантов. Данный подход позволяет сохранить хороший контакт с пациентом и избежать профессионального «сгорания» сотрудников бригады. Продолжительность лечения является важнейшим фактором эффективности терапии как наркологических заболеваний, так и ВИЧ. Она во многом определяется внутренней мотивацией пациента. Однако большинство лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, соглашаются на медико-социальное сопровождение при ВИЧ-инфекции не только в силу внутренней мотивации, но и под давлением таких факторов, как семья, работа или правовые последствия. В сочетании с различными формами добровольного лечения такие факторы могут быть косвенно задействованы на благо пациента. Безусловно, перед назначением антиретровирусных препаратов важна роль эффективной наркологической помощи или, в случае продолжающегося приёма наркотиков, медико-социальной поддержки и снижения вредных последствий зависимого поведения. На этапе системного приёма антиретровирусных препаратов возрастает роль когнитивных и поведенческих методов работы с пациентом, повышающих его внешние адаптивные возможности, стабильность ремиссии химической зависимости и качество повседневной жизни.

Программы междисциплинарного медико-социального ведения случая ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ должны хорошо координироваться, определяя участие наркологов и инфекционистов, а также других специалистов, учитывать индивидуальный статус пациента (ПИН, КСР, женщины, освободившиеся из заключения, бездомные, подростки и т.д.) и иметь, исходя из этого, специальные методы привлечения и удержания пациентов.

### **Рекомендуемая литература:**

1. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь // Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. 2006. - 84 с.
2. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1 и 2. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2006. – 272 с.
3. Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. УНП ООН. Нью-Йорк. 2003. - 38 с.
4. Мазурчик Н.В., Огурцов П.П. ВИЧ-инфекция в наркологической практике // Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 420-426

5. Минков Е.Г. Мотивация: структура и функционирование / Е.Г. Минков. – Дубна: Феникс +, 2007. – 416 с.
6. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики // Методические рекомендации для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИДа. Киев, 2004. - 108 с.
7. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимость от них // Резюме. ВОЗ, Женева. 2004. - 40 с.
8. Принципы консультирования пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции // Пособие для медицинских работников. Москва: Фонд «Здоровая Россия», 2008. - 55 с.
9. Рекомендации по организации социального сопровождения для уязвимых групп // Практическое пособие для социальных работников. – Москва: УНП ООН – СПИД Фонд Восток-Запад, 2007. – 130 с.
10. Prohazka D., DeKlemente C. Toward a comprehensive model of change // Miller W., Heather N. Treating Addictive behaviors: Processes of Change. NY: Plenum Press, 1986. P. 3-27.

## Литература

### Основная литература:

1. Антиретровирусная терапия в России. / Беляева В.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Юрин О.Г. – Москва, 2007. – 154 с.
2. Беляев В.П., Стяжкин В.Д. Современные направления диспансеризации больных нервно-психическими заболеваниями. // Журн. невропатол. и психиатр. -1977. - Т.77, Вып.11. - С.1706 - 1711.
3. Беляева В.В. Консультирование как модель оказания помощи при ВИЧ-инфекции// Медицинская кафедра. - 2004. - №2. - С. 186-189.
4. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей. - М., 2003. - 77 с.
5. Беляева В.В., Хан Г.Н., Резник А.М., Рюмина И.И. Консультирование пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ по вопросам ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Здоровая Россия 2020, 2009г.
6. Бобкова М.Р. Иммуитет и ВИЧ-инфекция (популярные лекции).- М.: Олимпия Пресс, 2006. - 240С.
7. Булискерия Т.Н., Смирнов Г.Г., Лазуткина Л.И., Васильева Н.М., Шишкарва Т.Н. Особенности работы медперсонала с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом -Сестринское дело, № 94, 2001
8. Валентик Ю.В., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди лиц, употребляющих наркотики (пособие для врачей). М.: Изд.ООО «Каллиграф» 2003. - 153с.
9. Введение в здоровый образ жизни. К.Г. Гуревич, К.И. Аксенова, В.П. Дегтярев и др./М., 2005. - 248 с.
10. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: клиника, диагностика и лечение. Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.- М.: ГЭОТАР- МЕД., 2003. -488с.
11. ВИЧ/СПИД в Соединенных штатах Америки: нерешенные вопросы противодействия эпидемии. Аналитический материал. Российский комитет защиты мира,/ Кожокин Е.М, Мазус А.И., Глуценко Ю.Н., Ольшанский А.Ю. -Москва., 2006. - 40 с.
12. ВИЧ/СПИД и дети (для медицинских и социальных работников) / Е.Н. Виноградова, Г.В. Волкова, И.В. Грандилевская, О.Л. Грандилевская и др./ Под ред. проф А.Г.Рахмановой. - Спб.: Изд-во «ВВМ», 2006. - 359 с.
13. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку: Учеб. пособие/ В.И. Кулаков, И.И. Баранов - М.: ВЕДИ, 2003. - 168 с.
14. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь // Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. 2006. 84 с.
15. Воронин Е.Е., Улюкин И.М., Терентьева Ж.В., Комисарова О.П., Ведмедь Е.М. Социально-психологические проблемы больных ВИЧ-инфекцией: Учебно-методическое пособие. - СПб., 2001
16. Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. - М.: ГЭОТАР - Мед, 2003. - 528 с.
17. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа - 2006, специальное издание, посвященное 10-й годовщине ЮНЭЙДС/ ВОЗ, 2006 - www.unaids.org
18. Доклад о неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Государственный Совет Российской Федерации. - М., 2006. -52 с.
19. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России. // Журн. невропатол. и психиатр. -1998. - Т.98,

Вып.9. -С.4 -10.

20. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) – М.: Медпрактика, 2001. – 128 с.

21. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1 и 2. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2006. – 272 с.

22. Инфекционные и паразитарные болезни. В 5ч. 4.4. Вирусные гепатиты и ВИЧ- инфекция /Под ред. Н.Д. Ющука. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 224 с.

23. Иоанниди Е.А., Морозова Н.А. Психосоциологические аспекты жизни ВИЧ-позитивных. // «Состояние здоровья населения Волгоградской области и современные медицинские технологии его коррекции».- Волгоград. 2005. – 0,3п.л

24. Киржанова В.В., Кошкина Е.А., Муганцева Л.А, Покровский В.В., Ладная Н.Н. Наркомания и ВИЧ-инфекция в России: анализ и поиск закономерностей. Наркология-2006 №12. С. 21-28.

25. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции/ В.В. Покровский, О.Г. Юрин, В.В. Беляева, Е.В. Буравцова и др. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 96с.

26. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005-2006/ Бартлетт Д., Галлант Д. -Балтемор Мэриленд США., 2006. - 455 с.

27. Коммуникации и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников//Беляева В.В., Афонина Л.Ю., Дмитриева Е.В., Рюмина И.И., Фролов С.А., Шухов В.С., Макки Н. - М., Здоровая Россия, 2008

28. Корчагина Г.А. Новые подходы к организации лечения наркоманий в современных условиях (клинико-эпидемиологическое исследование). -Автореф. дисс. докт. мед. наук. - М., 2000. - 50 с.

29. Кошкина Е.А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения

России. // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. - Т.4, № 3. - С.87 - 89.

30. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Состояние наркологической службы и основные тенденции учтенной заболеваемости в Российской Федерации. Статистический сборник. - М. 2007.

31. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 2003-2004 годах. Статистический сборник. - М. 2004.

32. Кошкина Е.А., Шамота А.З. Организация наркологической помощи // Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. – С. 32-41. (Серия «Национальные руководства»)

33. Лечение ВИЧ-инфекции. Методические рекомендации/Под ред. Рахмановой А.Г. – СПб.: Изд. «СПИД, секс, здоровье», 2000.

34. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Протоколы для европейского региона ВОЗ. - ВОЗ, 2007. – 552с.

35. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты). - М., «Медицина», 1990. - 517 с.

36. Мазурчик Н.В., Огурцов П.П. ВИЧ-инфекция в наркологической практике // Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 420-426

37. Минков Е.Г. Мотивация: структура и функционирование / Е.Г. Минков.

– Дубна: Феникс+, 2007. – 416 с

38. Москаленко В.Д., Шевцов А.В). Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Часть 1. Изучение семей близнецов, приемных детей и факторов среды/ «Новости науки и техники» Серия «Медицина». Выпуск «Алкогольная болезнь» //ВИНИТИ. 2000, №2. - С. 1-6.

39. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Часть 2. Генетические модели на животных. Проблема маркирования. Гены-кандидаты / «Новости науки и техники». Серия Медицина. Выпуск Алкогольная болезнь //ВИНИТИ, 2000, №3. - С. 1- 5.

40. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики // Методические рекомендации для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИДа. Киев, 2004. - 108 с.

41. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008. – 720 с. – (Серия «Национальные руководства»)

42. Наркологическая помощь и уход для женщин: тематические исследования и извлечённые уроки. УНП ООН. Вена - Нью-Йорк. 2004.

43. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимость от них // Резюме. ВОЗ, Женева. 2004. 40 с.

44. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (UNAIDS)// Информационный материал. Глобальные данные. 2005.

45. Организация медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации/Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральная служба исполнения наказаний Фонд «Российское здравоохранение». Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». 2007, Том 1У.

46. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. Информационный бюллетень. - РОО «СПИД инфосвязь» №1, 2006.

47. Паллиативная помощь. Убедительные факты. - Под редакцией Elizabeth Davies и Irene J. Higginson - Всемирная организация здравоохранения, 2005.

48. Покровский В.В. // Эпидемиол. И инфекц. Бол. 2004 - №4 – С. 4-6.

49. Покровский В.В./ Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: «Медицина», 1996. – 248 с.: ил

50. Покровский В.В. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: клиника, диагностика и лечение/ Покровский В.В, Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.- М.: ГЭОТАР- МЕД., 2003. -488с.

51. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Буравцова Е.В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Практическое руководство. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 96 с.

52. Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ.- Всемирная организация здравоохранения, 2006.

53. Профилактика ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде: Учебное пособие для студентов педагогических вузов / Под ред. К.Г. Гуревича, Л.М. Шипициной. - М., 2006.-80 с.: ил.

54. Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с высоким уровнем риска. Оценка имеющихся данных. ЮНЭЙДС/08.02R <http://www.unaids.org>

55. Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие для преподавателей педагогических вузов/ Под ред. Л.М. Шипициной. - М., 2006. - 256 с.
56. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами. Сборник методических материалов по проблеме профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и молодежи. - М., 2001. - 183 с.
57. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: «Медицина», 1994. - 544 с.
58. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2005 г, ЮНЭЙДС/ ВОЗ 2005.
59. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция /А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронов, А.А. Яковлев. - СПб, 2004. - 696 с.
60. Рахманова А.Г. Отделения инфекционных заболеваний и иммунопрофилактики поликлиник: Методическое пособие.- СПб, 2003. -216 с.
61. Рахманова А.Г. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции - СПб.: ССЗ, 2001. -164с.
62. Рекомендации по организации социального сопровождения для уязвимых групп // Практическое пособие для социальных работников. – М: УНП ООН – СПИД Фонд Восток-Запад, 2007. – 130 с
63. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т.2. – С. 387-392
64. Сборник методических материалов по проблеме профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и молодежи. - М., 2001. -с.182-183
65. Сборник официальных документов и материалов по проблеме ВИЧ-инфекции. - М.: «Медицина для Вас», 2004. - 230 с.
66. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005. – 303 с.
67. Сирота Н.А. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде. - М.: Социальный проект, 2003. - 318 с.
68. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. - М.: Academia, 2003. - 175 с.
69. Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ: важная часть национальных программ по СПИДу. Материал для национальных участников мер в ответ на ВИЧ (Перевод на русский язык, апрель 2008 г.) internet: <http://www.unaids.org>
70. Софронов А.Г. Актуальные проблемы в развитии отечественной наркологии. // Наркология. 2003. №3. - С.2 - 6.
71. Софронов А.Г. Опиатная наркомания. Уч. пособие. - СПб.: ВМА, 1998. - 58 с.
72. Справочник госпитального эпидемиолога. - М., 1999.
73. Стигма и дискриминация. Информационный бюллетень. Всемирная кампания против СПИДа, 2002 - 2003 Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности: Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. (Перевод на русский язык, сентябрь 2002 г.) internet: <http://www.unaids.org>
74. Филатов Н.Н., Шаханина И.Л. Инфекционные болезни в Москве: надзор и экономическая значимость. - М.: Санэпидмедиа, 2005. - 208с.
75. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи. // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 2000.



- С.275.

76. Частная эпидемиология. Том 2 Руководство для врачей, в 2 томах. Под ред. Б.Л. Черкасского. - М.: «ИНТЕРСЭН», 2002. - 260 с.

77. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. - М., 1999. - 232 с

78. Шухов В.С., Рюмина И.И. Безопасность на рабочих местах в лечебно-профилактических учреждениях/Профилактика риска профессионального инфицирования вирусами гепатитов В, С, ВИЧ// Пособие для медицинских работников. - М., 2008. - 80 с.

79. Экспресс-тест на ВИЧ-инфекцию в системе профилактических мероприятий профессионального заражения медицинских работников. Методические рекомендации №4// А.П. Сельцовский, С.В. Поляков, А.И. Мазус, Ю.В. Мартынов и др. - М., 2007. - 20 с.

80. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. - Спб.: Петрополис, 2000. - 840 с.

81. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ОАО Медицина, 2007. - 1032С.

82. Prohazka D., DeKlemente C. Toward a comprehensive model of change // Miller W., Heather N. Treating Addictive behaviors: Processes of Change. NY: Plenum Press, 1986. С. 3-27.

#### **Дополнительная литература:**

1. Инвестиции в лечении наркомании: документ на уровне лиц, ответственных за разработку политики. УНП ООН. Вена – Нью-Йорк, 2003. 38 с.

2. Перечень категорий работников предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, которые осуществляют диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных или работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеющих право на получение государственных единовременных пособий в случае заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № 2014\04 от 18.08.04 о препаратах, используемых для диагностики ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

3. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», (В редакции ФЗ от 30 декабря 2001, №196-ФЗ). - М.: 2002. - 48С.

4. О наркологических реабилитационных центрах. Приказ МЗ РФ № 76 от 18.03.97

5. Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях). Приказ МЗ РФ № 327 от 23.08.99

6. Постановление главного государственного санитарного врача России от 14.01.2004 г. № 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»

7. Приказ Минздрава России № 292 от 30.07.01 г. «Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека»

8. Приказ Минздрава России № 363 от 25.11.02 г. «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови»

9. Приказ Минздрава России № 364 от 14.09.01 г. «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов»

10. Приказ Минздрава России от 07.08.00 г. № 312 «О совершенствовании



нии организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД»

11. Приказ Минздрава России от 13.11.03 г. № 547 «Об утверждении учетной формы №263/у-ТВ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»

12. Приказ Минздрава России от 16.08.94 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» (Утвержден Минюстом)

13. Приказ Минздрава России от 16.09.03 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями»

14. Приказ Минздрава России от 19.04.99 г. № 133 «О научно-практическом центре профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей»

15. Приказ Минздрава России от 19.12.2003 г. № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ»

16. Приказ Минздрава России от 25.04.96 г. № 168 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

17. Приказ Минздрава России от 25.04.96 г. № 169 «О введении в действие порядка предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей»

18. Приказ Минздрава России от 30.10.95 г. № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ»

19. Приказ Минздрава России от № 77 от 13.08.04 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией»

20. Приказ Минздрава России от № 82 от 16.02.2004 г. «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений»

21. Приказ Минздрава России, Минюста России от 9.08.2001 г. № 311/242 «Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью»

22. Приказ Минздрава России. № 193 от 7.05.2003 г. «О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантинизации свежемороженой плазмы»

23. Реабилитация больных наркоманией. Протокол ведения больных (Z 50.3) Приказ МЗ РФ от 22.10.2003 г. № 500.

24. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приказ МЗ № 140 от 28.04.98г

25. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» 2002-2006 гг.

26. Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» »(в ред. Федеральных законов от 21.07.1998 №117-ФЗ, от 25.07.2002 №116-ФЗ, от 10.01.2003 №15-ФЗ, от 29.06.2004 №58-ФЗ, от 22.08.2004 М9122-ФЗ)

27. Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средс-

твах и психотропных веществах»

28. Федеральный закон от 08.12.2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации»

29. Федеральный закон от 09.01.1997 г. № 8-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. (ВИЧ-инфекции)» Изменение в законе о ВИЧ

30. Федеральный закон от 12.08.1996 г. № 112-ФЗ О внесении дополнения в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

31. Федеральный закон от 15.08.1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» (с изменениями от 18 июля 1998 г., 24 июня 1999 г.)

32. Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»

33. Федеральный закон от 25.07.2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»

34. Федеральный закон от 30.03.95 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека»

35. Формулярная система. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств / Под общ. ред. А.Г.Чучалина. – Вып. 8. – С.254-312.

36. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации “О МЕРАХ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ”. № 610 от 17 сентября 2007г.

37. Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний, 2007, Т. 1-5

38. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Lioznov D.A., Tsoy M.V., Egorova V.Y., Belyaeva T.V., Antonova T.V., Brazhenko N.A., Zagdyn Z.M., Verbitskaya E.V., Zorina Y., Karandashova G.F., Slavina T.Y., Grinenko A.Y., Samet J.H., Woody G.E. Co-morbidity of infectious and addictive diseases in St. Petersburg and the Leningrad region, Russia. *European Addiction Research*. 12:12-19, 2006

Приложение  
Разделы и виды занятий

Наименование блоков, модулей и тем	Всего часов	В том числе			Контроль знаний
		Лекции	Семинарские занятия	Практические занятия	
1	2	3	4	5	6
<i>Введение. Тест-контроль/Оценка базовых знаний</i>	2				2
<i>Модуль 1. Инфекционная и наркологическая служба в системе здравоохранения Российской Федерации</i>	6	2	4		
<i>Организация инфекционной и наркологической служб и специализированной службы по профилактике и борьбе со СПИДом в РФ</i>		2			
<i>Организация инфекционной и наркологической служб и специализированной службы по профилактике и борьбе со СПИДом в РФ</i>			4		
<i>Модуль 2. ВИЧ-инфекция, СПИД</i>	4	1	3		
<i>Этиология и патогенез ВИЧ-инфекции Характеристика вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)</i>		1			
<i>Основы патогенеза ВИЧ-инфекции. Наиболее значимые иммунологические показатели в оценке тяжести и прогноза ВИЧ-инфекции</i>			3		
<i>Модуль 3. Эпидемиология ВИЧ-инфекции</i>	4	1	3		
<i>Взаимосвязь эпидемии ВИЧ-инфекции и наркозависимости в России</i>		1			
<i>Эпидемиология ВИЧ-инфекции: источник инфекции, механизмы и пути передачи возбудителя, контингенты возможного риска заражения</i>			3		
<i>Модуль 4. Клиническое течение ВИЧ-инфекции</i>	9	2	7		
<i>Клиническая классификация ВИЧ-инфекции. Клинические критерии тяжести течения и прогноза ВИЧ-инфекции</i>		2			

<i>Особенности проведения дифференциальной диагностики поражения органов и систем при ВИЧ инфекции</i>			3		
<i>Течение ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ</i>			4		
<i>Модуль 5. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции</i>	2	2			
<i>Современные принципы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции</i>		2			
<i>Модуль 6. Лечение ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ</i>	16	6	10		
<i>Лечение ВИЧ-инфекции</i>		2			
<i>Антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции</i>			4		
<i>Лечение психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ</i>		2			
<i>Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ</i>			6		
<i>Паллиативная помощь больным с ВИЧ-инфекцией на фоне употребления ПАВ</i>		2			
<i>Модуль 7. Профилактика ВИЧ-инфекции</i>	5	2	3		
<i>Современные представления о профилактике ВИЧ – инфекции</i>		2			
<i>Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ.</i>			3		
<i>Модуль 8. Консультирование и медицинские коммуникации</i>	14	2	12		
<i>Психосоциальные аспекты ВИЧ-инфекции. Традиционный и современный подходы к оказанию медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Медицинские коммуникации и консультирование. Барьеры консультирования.</i>		2			

<i>Дотестовое консультирование потребителей ПАВ</i>			3		
<i>Послетестовое консультирование потребителей ПАВ</i>			3		
<i>Консультирование по приверженности АРВ-терапии у потребителей ПАВ</i>			3		
<i>Проблемы стигматизации и дискриминации, связанные с ВИЧ/СПИД</i>			3		
<i>Модуль 9 Технология формирования приверженности к лечению. ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ.</i>	8	2		6	
<i>Психические и поведенческие нарушения наркопотребителей, влияющие на приверженность к лечению; клиническое ведение потребителей ПАВ, живущих с ВИЧ, мультипрофессиональной бригадой специалистов; мотивирование потребителей ПАВ на лечение. Основы продуктивного взаимодействия специалиста с потребителями ПАВ.</i>		2			
<i>Практические навыки мультипрофессионального формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции у наркозависимых (междисциплинарное медико-социальное ведение случая)</i>				6	
<i>Итоговый контроль знаний</i>	2				2
<b>ИТОГО:</b>	72	20	42	6	4

