

ДЕССАУ
МАРИНА ИГОРЕВНА

**ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ
И АРВТ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С УЧЕТОМ СОЦИАЛЬНО-
ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК**

3.1.22. Инфекционные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Лиознов Дмитрий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Гусев Денис Александрович, доктор медицинских наук, профессор, главный врач Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина»;

Козлов Константин Вадимович, доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___»_____ 2024 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.050.02 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12, зал заседаний Ученого совета, аудитория 12, 6 этаж).

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России по адресу: 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8 и на официальном сайте www.lspbgmu.ru

Автореферат разослан «___»_____ 2024 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Александров Альберт Леонидович

Актуальность темы исследования

В Российской Федерации продолжается неуклонный рост числа людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Общее число официально зарегистрированных случаев заболевания на конец 2023 г. составило 1 164 149 чел.; распространенность ВИЧ-инфекции – 812,0 на 100 тыс. населения (в 2022 г. – 794,7), что свидетельствует о поражении 0,8% всего населения страны и 1,4% лиц в возрасте от 15 до 49 лет.

Отмечается неблагоприятная тенденция генерализации эпидемического процесса – переход от преимущественного распространения ВИЧ среди представителей ключевых групп риска к значимому вовлечению общей популяции. Это привело к тому, что уже 62,3% россиян проживает в регионах с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (более 0,5% от численности населения) [В.В. Беляева, 2020].

Несмотря на рост охвата больных антиретровирусной терапией (АРВТ), сохраняется высокий уровень смертности от ВИЧ-инфекции. На нее приходится 61% случаев смертей от инфекционных и паразитарных болезней.

В качестве основной стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией в 2016 г. Россия приняла на себя обязательства по достижению Глобальной цели Объединенной программы Организации объединенных наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) «90-90-90». Данная стратегия подразумевает ограничение эпидемического распространения ВИЧ-инфекции за счет целенаправленного активного выявления случаев заболевания, назначения антиретровирусных препаратов и подавление вирусной репликации. Тем самым, создаются условия контроля заболевания у большинства людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), повышение качества и продолжительности их жизни, и предупреждение распространения возбудителя ВИЧ-инфекции. За прошедшие годы охват тестированием в стране удалось существенно увеличить – 24 250 331 чел. обследовано на ВИЧ в 2023 г. по сравнению с 20 988 311 – в 2022 г., то на диспансерном наблюдении в специализированных медицинских учреждениях в 2023 г. состояло только 68,0% всех ЛЖВ (819 010 чел.), а АРВТ получали всего 86,5%, из них (708 132 чел.). Эти данные подтверждают, что вопросы приверженности ЛЖВ получению специализированной медицинской помощи и лечению составляют один из существенных вызовов для системы здравоохранения в сфере предупреждения распространения ВИЧ-инфекции. При этом известно, что именно приверженность диспансерному наблюдению обеспечивает своевременность начала лечения, а также повышает его эффективность, определяя продолжительность и качество жизни больных ВИЧ-инфекцией, снижение эпидемиологических рисков. Тем не менее, малоизучены вопросы приверженности диспансерному наблюдению с учетом социально-демографических характеристик пациентов [Н.А. Беляков, 2020; L.B. Nighthow-Weidman, 2011].

Таким образом, для разработки эффективных комплексных вмешательств по удержанию

ЛЖВ на диспансерном наблюдении необходимо определение факторов, способных оказывать влияние на приверженность. С практической точки зрения нуждается в уточнении типичный портрет «неприверженного пациента» для совершенствования тактики ведения пациентов с учетом психосоциальных факторов.

Степень разработанности темы исследования

Международный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции свидетельствует, что успехи в достижении контроля над заболеванием во многом зависят от условий организации помощи ЛЖВ. Так, в странах, добившихся за последние годы наилучших показателей по сдерживанию распространения ВИЧ-инфекции, значительный объем проводимых исследований посвящен как вовлечению пациентов в наблюдение, так и поддержанию приверженности, удержанию в «системе наблюдения и лечения». При этом показана роль контроля приверженности как простого в реализации и эффективного подхода к прогнозированию течения болезни, а также инструмента принятия клинических решений. Следует отметить, что принято разграничивать между собой приверженность лечению ВИЧ-инфекции как таковому и приверженность диспансерному наблюдению.

Приверженность наблюдению, как более многомерный фактор, оказывающий влияние на течение и исходы заболевания, закономерно стал исследоваться позже [M.K. Irvine, 2014].

Единый взгляд на оптимальную тактику формирования и поддержания приверженности больных лечению и наблюдению не сформирован, что объясняется, в том числе недостаточной изученностью особенностей поведения пациентов с различными этническими, демографическими, культурными, социальными и другими характеристиками. Анализ отечественных публикаций показал, что преимущественно исследуются аспекты удержания больных на лечении, соблюдения режима приема АРВТ. Данные, характеризующие приверженность диспансерному наблюдению российской популяции ЛЖВ крайне ограничены в целом и отличаются малой детализацией.

Цель исследования

На основе анализа течения ВИЧ-инфекции в зависимости от приверженности больных диспансерному наблюдению и антиретровирусной терапии оптимизировать тактику ведения пациентов с учетом социально-демографических характеристик.

Задачи исследования

1. Провести сравнительный анализ социально-демографических характеристик и клинико-лабораторных показателей течения ВИЧ-инфекции в зависимости от приверженности больных.
2. Проанализировать структуру летальных исходов больных ВИЧ-инфекцией с учетом данных о приверженности.

3. Оценить показатели качества жизни и стигматизации больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от приверженности.

4. Обосновать практические рекомендации для оптимизации формирования и поддержания приверженности диспансерному наблюдению и лечению у больных ВИЧ-инфекцией с учетом социально-демографических и психосоциальных характеристик.

Научная новизна исследования

Получены новые данные о взаимосвязи уровня приверженности диспансерному наблюдению и исходами ВИЧ-инфекции.

Установлены характеристики социального портрета «неприверженного пациента» и проанализировано их влияние на течение ВИЧ-инфекции.

Социальную дезадаптацию отмечали преимущественно в когорте пациентов неприверженных, как терапии, так и диспансерному наблюдению. Большинство больных не имели постоянной работы, они чаще систематически употребляли алкоголь и другие психоактивные вещества, и в прошлом находились в местах лишения свободы.

Установлены достоверные различия в кривых дожития пациентов, получавших и не получавших антиретровирусную терапию (117,9 и 91,4 месяцев соответственно, $p < 0,005$) и больных, приверженных и неприверженных терапии (116,9 и 83,8 месяцев соответственно, $p < 0,005$). Наибольшие показатели летальности зарегистрированы среди пациентов неприверженных антиретровирусной терапии (71%) и режиму диспансерного наблюдения (53%).

Получены новые данные о значении принятия больным диагноза ВИЧ-инфекции в качестве фактора, ассоциированного с приверженностью диспансерному наблюдению.

Дополнена концепция подхода к формированию приверженности больных ВИЧ-инфекцией диспансерному наблюдению и лечению положениями на основе комплексного анализа социально-демографических характеристик и психосоциальных барьеров. Обосновано проведение программы психологической и социальной поддержки с целью раннего и полного принятия диагноза, коррекции эмоционального восприятия болезни, социализации и формирования приверженности наблюдению и лечению.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Установлено, что, несмотря на длительный период времени и социально-экономические изменения с момента регистрации первых случаев ВИЧ-инфекции в Ломоносовском районе Ленинградской области (ЛО), основные социально-демографические и клинические характеристики больных практически не изменились за 26 лет.

Подтверждено, что основными причинами позднего обращения больных ВИЧ-инфекцией за медицинской помощью являются зависимость от психоактивных веществ (ПАВ)

и социальная дезадаптация. Установлено, что такие психосоциальные факторы как отношение к болезни (непринятие диагноза) и отсутствие доверия системе здравоохранения (стигматизация, страх раскрытия) являются барьерами формирования приверженности наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. Показаны гендерные различия в соблюдении режима наблюдения, приеме АРВТ и ряде психосоциальных характеристик, что отразилось на эффективности терапии и исходах.

Полученные результаты свидетельствуют, что для вовлечения и удержания пациентов на диспансерном наблюдении и повышения эффективности терапии, целесообразно разрабатывать и проводить индивидуальные программы психологической и социальной поддержки больных с целью раннего и полного принятия диагноза, коррекции эмоционального восприятия болезни, социализации и формирования приверженности наблюдению и лечению. Программы психологической и социальной поддержки должны учитывать гендерные различия в приверженности терапии и психосоциальные характеристики.

Для коррекции поведения и терапии зависимости от ПАВ необходимо регулярное участие врача психиатра-нарколога в ведении больных с момента обращения за медицинской помощью.

Методология и методы исследования

Методологическая база включает общенаучные методы (анализ, синтез и индукция), частные научные (описание, измерение, сравнение), а также диалектический метод.

Объект исследования – больные ВИЧ-инфекцией.

Предмет исследования: степень соответствия поведения больных ВИЧ-инфекцией, существующим рекомендациям по диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции.

Методы исследования: клинический (физикальный), лабораторные (иммуноферментный, биохимический, молекулярно-биологический и др.), инструментальные, метод опроса, клинικο-морфологический (анализ протоколов патологоанатомического вскрытия); использованы методы описательной, сравнительной непараметрической и многофакторной статистики с определением выраженности взаимосвязей изучаемых факторов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Краткосрочные исходы ВИЧ-инфекции сопряжены со степенью приверженности диспансерному наблюдению. Наибольшие показатели летальности зарегистрированы среди пациентов неприверженных антиретровирусной терапии (71%) и режиму диспансерного наблюдения (53%). Установлены достоверные различия в кривых дожития пациентов, получавших и не получавших антиретровирусную терапию (117,9 и 91,4 месяцев соответственно, $p < 0,005$) и больных, приверженных и неприверженных терапии (116,9 и 83,8 месяцев соответственно, $p < 0,005$).

2. Соблюдение режима диспансерного наблюдения и исходы ВИЧ-инфекции связаны с социально-демографическими характеристиками больных. У большинства неприверженных, как терапии, так и диспансерному наблюдению, отмечали социальную дезадаптацию. Большинство из них не имело постоянной работы, они чаще систематически употребляли алкоголь и другие психоактивные вещества, и в прошлом находились в местах лишения свободы.

3. Факторами, негативно влияющими на формирование приверженности наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции, являются отношение к болезни (неприятие диагноза) и отсутствие доверия системе здравоохранения (уровень стигматизации и опасения раскрытия диагноза). Для большинства больных ВИЧ-инфекцией, независимо от степени вовлеченности в оказание специализированной медицинской помощи, характерен высокий уровень стигматизации и опасения раскрытия диагноза. Принятие больным диагноза ВИЧ-инфекции является значимым фактором, влияющим на приверженность диспансерному наблюдению.

Достоверность и обоснованность результатов исследования

Степень достоверности результатов исследования обеспечивается использованием в качестве теоретической и методологической базы диссертации авторитетных исследований отечественных и зарубежных авторов по эпидемиологии и клинико-патогенетическим аспектам течения ВИЧ-инфекции; применением информативных адекватных поставленным задачам методик исследования; применением современных методов сбора и обработки исходной информации, валидизированных инструментов опроса; значительной продолжительностью периода включенного в анализ эпидемиологических показателей (с 1994 по 2020 гг.), репрезентативным объемом выборок (группа амбулаторного наблюдения – 284 чел.; 118 случаев летальных исходов); обработкой полученных результатов с применением параметрических и непараметрических методов статистики; внутренней непротиворечивостью результатов исследования, принципиальной согласованностью данных по отдельным разделам с результатами исследований других авторов и научных групп.

Внедрение результатов исследования в практическое здравоохранение

Результаты исследования внедрены в работу: СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и ГБУЗ ЛО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Апробация результатов исследования

По теме диссертационной работы опубликовано 6 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Минобрнауки России для публикации основных научных результатов диссертаций.

Основные результаты диссертационного исследования были представлены на VI Международном молодежном медицинском конгрессе «Санкт-Петербургские научные чтения – 2015» (22 декабря 2015 г., г. Санкт-Петербург), III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания» (1-4 ноября 2016 г., г. Сочи), IX Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням с международным участием (27-29 марта 2017 г., г. Москва), Конференции молодых ученых и специалистов «Новости инфектологии, микробиологии и биотехнологии – 2022», (21 декабря 2022 г., г. Санкт-Петербург).

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автором лично осуществлен сбор информации по теме диссертации, постановка цели и задач, подбор и клиническое обследование пациентов, сбор и систематизация результатов лабораторных исследований и опроса пациентов; составлена электронная база данных и проведена статистическая обработка, анализ и оформление результатов исследования. Автором подготовлены публикации и доклады по результатам проведенного исследования.

Объем и структура работы

Материал диссертации изложен на 102 страницах машинописного текста. Текст работы включает следующие главы: введение, обзор литературных данных, материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, заключение и выводы. Работа содержит 10 рисунков и 14 таблиц, представлены три клинических случая. В работе цитируются 51 отечественных и 68 зарубежных литературных источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование проводили на базе Ломоносовской центральной межрайонной больницы им. И.Н. Юдченко (ЛЦМБ), оказывающей медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией в Ломоносовском районе ЛО.

Для анализа клинико-лабораторных параметров течения ВИЧ-инфекции в зависимости от приверженности диспансерному наблюдению и лечению, а также факторов, оказывающих влияние на приверженность у 284 взрослых больных, использован период с 1999 по 2011 гг., когда заболеваемость ВИЧ-инфекцией в ЛО в целом выросла почти в три раза, составив 90 случаев против 32 на 100 000 населения за предыдущий период (1990-1995 гг.). Также проведен анализ охвата диспансеризацией и АРВТ больных ВИЧ-инфекцией в 2012-2020 гг. в период активного внедрения противовирусной терапии ВИЧ-инфекции в практику.

Приверженными диспансерному наблюдению считали больных, соблюдавших предписанный режим диспансерного наблюдения (регулярное 2-х кратное посещение врача в

течение года). Для оценки приверженности лечению учитывали соблюдение больными регулярности и непрерывности режима наблюдения в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ) и приема АРВТ. Объективными (биологическими) показателями приверженности и эффективности лечения были количество CD4-лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки ВИЧ (ВН ВИЧ). В зависимости от приверженности наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции пациентов распределили в 2 группы: приверженные – 115 чел. и неприверженные – 169 чел.

Для оценки течения заболевания проводили клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в динамике. Лабораторное обследование включало стандартные общеклинические методы, в том числе общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, рутинные показатели биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, креатинин и др.). Всех больных обследовали на наличие серологических маркеров вирусов гепатитов В и С: методом иммуноферментного анализа (ИФА) в крови определяли HBsAg и антитела к вирусу гепатита С; сифилис исключали методом неспецифического антифосфолипидного теста. Всем пациентам выполнена кожная туберкулиновая проба Манту.

Для оценки количества CD4-лимфоцитов (кл/мкл) в сыворотке крови использовали метод проточной цитометрии на аппарате Cytomics FC 500 с программным обеспечением СХР. ВН ВИЧ (копий/мл) в сыворотке крови определяли методом полимеразной цепной реакции с гибридизационно-флуоресцентной детекцией на аппарате «АмплиСенс ВИЧ-Монитор-FRT», порог определения 150 копий/мл.

В ретроспективном исследовании проанализированы 118 протоколов вскрытий всех больных ВИЧ-инфекцией, умерших в 1999-2011 гг. в Ломоносовском районе ЛО. В 107 случаях также проведен ретроспективный анализ историй болезни предыдущих госпитализаций этих пациентов (в том числе, не связанных с ВИЧ-инфекцией).

Для выявления связи между приверженностью диспансерному наблюдению и лечению и психосоциальными характеристиками у 67 больных использовали Опросник оценки качества жизни больных ВИЧ-инфекцией (W.C. Holmes at al., 2007) и Анкету ВИЧ- стигматизации (B. Berger at al., 2001). Критерии оценки результатов анкетирования: для Опросника оценки качества жизни больных ВИЧ-инфекцией – 0 – наихудший возможный балл и 100 – наилучший балл; для шкалы «Общая стигма» Анкеты ВИЧ-стигматизации – от 40 до 160 баллов (больше показатель – тяжелее стигматизация).

Статистическая обработка данных, представленных в виде $X \pm m$ (среднее и ошибка среднего, равная отношению стандартного отклонения на квадратный корень из объема выборки), проводилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica 7.0 и R. Оценка значимости различий показателей проводилась с использованием непараметрического U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни, проверка значимости результатов анализа зависимости

между качественными признаками при помощи точного критерия Фишера. При исследовании зависимости между метрическими признаками осуществлялась проверка значимости отклонения от нуля коэффициентов корреляции Пирсона.

Для феноменологической характеристики изучавшихся явлений применялся двухфакторный дисперсионный анализ. Для исследования структуры соотношений характеристик изучаемого явления в их совокупности и выделения наиболее значимых использован метод главных компонент. Информативность показателей для определения вероятности их сочетанного использования в качестве критериев факторов приверженности лечению оценивали путем расчета дискриминантной функции.

Для кластеризации наблюдений применялся симптомно-синдромальный метод выявления сложносоставных факторов с использованием точного критерия Фишера в качестве критерия оптимальности.

Для оценки значимости отличия кривых дожития, относящихся к разным группам, применялся лог-ранговый критерий. Вычисления производились в пакете статистических программ R с привлечением методов исследования нескольких факторов, влияющих на кривые дожития и динамику метрических показателей. Для исследования влияния нескольких факторов на изменение показателей во времени был применен метод ANOVA Repeated Measures в его эргодической модификации для неполных данных.

Протокол исследования и информированное согласие были одобрены Этическим комитетом СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие.

Результаты исследования

Общая характеристика больных, включенных в исследование

Среди пациентов, включенных в исследование, 115 человек были привержены лечению или диспансерному наблюдению и 169 больных – неприверженных диспансерному наблюдению или лечению (рисунок 1). По мере наблюдения число больных, получающих антиретровирусные препараты, увеличивалось с 42 чел. в 1999 г. до 52 чел. в 2011 г., за счет включения пациентов, начавших АРВТ (из числа приверженных диспансерному наблюдению). Мужчины составили 61% (172 чел.) наблюдаемых. Средний возраст больных – $31,1 \pm 4,1$ лет.

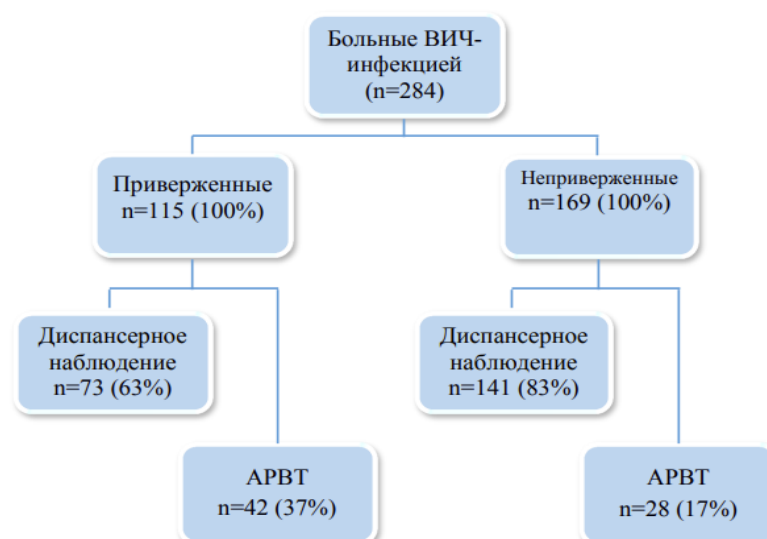


Рисунок 1 – Распределение больных ВИЧ-инфекцией по приверженности диспансерному наблюдению и лечению

Сравнительная характеристика приверженных и неприверженных лечению больных ВИЧ-инфекцией

Среди больных приверженных лечению преобладали женщины (69%). В группе больных, не соблюдающих режим терапии – мужчины (89%). В группе приверженных АРВТ все пациенты указали на наличие работы, среди неприверженных трудоустроены были 61% больных (17 чел., $p < 0,0001$). Ни один пациент, соблюдавший режим приема антиретровирусных препаратов, не находился в местах лишения свободы, в то время как среди неприверженных терапии 25% больных (7 чел.) находились в заключении ($p = 0,001$).

Систематическое употребление алкоголя по заключению психиатра выявлено у 12% пациентов (5 чел.), постоянно принимающих АРВТ, в группе неприверженных данный показатель составил 54% (15 чел., $p = 0,003$). Также в группе неприверженных больных зарегистрировано 36% больных (10 чел.), употребляющих инъекционные наркотические вещества ($p = 0,0045$).

У пациентов приверженных лечению сохранялся высокий уровень CD4-лимфоцитов и не определялась ВН ВИЧ на протяжении всего периода наблюдения (таблица 1), в то время как у больных, не соблюдавших режим приема АРВТ, регистрировали снижение числа CD4-лимфоцитов и рост ВН ВИЧ, данная тенденция наблюдалась через два года от начала этиотропной терапии.

Таблица 1 – Динамика числа CD4-лимфоцитов и ВН ВИЧ у больных, приверженных АРВТ

Пациенты	CD4-лимфоциты кл/мкл			ВН ВИЧ* копий/мл		
	Сроки наблюдения			Сроки наблюдения		
	1-й год	Через 2 года	Через 10 лет	1-й год	Через 2 года	Через 10 лет
Приверженные	380±210 (n=42)	579±411 (n=46)	720±200 (n=52**)	175000± 211	<150	<150
Неприверженные	315±170 (n=28)	251±241 (n=12)	117±102 (n=9)	170000± 862	321000± 420	529000± 760
p	0,003	0,001	0,001	0,012	0,020	0,014
Примечание: * – Порог определения 150 копий/мл						

За период исследования из 42 пациентов приверженных лечению, вследствие различной соматической патологии (инфаркт миокарда, цирроз печени) умерли 9 человек (21%) и от травм несовместимых с жизнью – 2 человека (5%). В группе неприверженных АРВТ следует отметить чрезвычайно высокую летальность (20 чел., 71%). При этом лишь 4 больных (20%) умерли вследствие прогрессирования ВИЧ-инфекции, проявившегося различными формами туберкулеза (3 чел.) и глиобластомой (1 чел.). Другими причинами смерти были: отравление наркотическими веществами (6 чел., 30%), соматическая патология (5 чел., 25%), механическая асфиксия (2 чел., 10%) и травмы несовместимые с жизнью (3 чел., 15%), что подтверждает социальную дезадаптацию пациентов этой группы.

Сравнительная характеристика приверженных и неприверженных диспансерному наблюдению больных ВИЧ-инфекцией

В исследование включены 214 пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией, вставшие на диспансерный учет в КИЗ и не получавших АРВТ вследствие ограниченных показаний к назначению противовирусной терапии согласно клиническим рекомендациям на момент проведения исследования. В процессе наблюдения определены две группы, состоящие из 73 приверженных и 141 неприверженного диспансерному наблюдению. Среди приверженных диспансерному наблюдению женщины составили 58%, в свою очередь в группе больных, не соблюдающих режим наблюдения – 73% мужчины, преимущественно молодого возраста.

В группе приверженных диспансерному наблюдению были трудоустроены 84%, среди неприверженных наблюдению пациентов на наличие постоянного источника дохода указали

30% пациентов ($p=0,0001$). На факт употребления наркотических препаратов в анамнезе чаще указывали больные, систематически нарушавшие режим наблюдения (80% и 42% соответственно, $p=0,0001$). Систематическое употребление алкоголя также чаще регистрировали в группе неприверженных наблюдению больных (64% и 11% соответственно, $p=0,0001$).

У пациентов приверженных диспансерному наблюдению снижалось число CD4-лимфоцитов и росла ВН ВИЧ. Число пациентов в течение 10-ти лет наблюдения уменьшалось, часть больных начинала получать противовирусные препараты и переходила в группу приверженных терапии. В то время как у неприверженных пациентов в этот же период наблюдения снижалось число CD4-лимфоцитов и росла ВН ВИЧ (таблица 2), количество пациентов также уменьшалось, однако прогноз заболевания у ВИЧ-инфицированных неприверженных диспансерному наблюдению неблагоприятный.

Таблица 2 – Динамика количества CD4-лимфоцитов и уровня ВН ВИЧ у больных в зависимости от приверженности диспансерному наблюдению

Пациенты	CD4-лимфоциты кл/мкл			ВН ВИЧ* копий/мл		
	Сроки наблюдения			Сроки наблюдения		
	1-й год	Через 2 года	Через 10 лет	1-й год	Через 2 года	Через 10 лет
Приверженные	685±420 (n=73)	489±341 (n=68)	415±380 (n=30)	110000± 431	51800± 232	597000± 150
Неприверженные	687±100 (n=141)	487±210 (n=138)	76±34 (n=6)	164000± 210	615000± 530	821000± 128
p	0,02	0,001	0,001	0,021	0,018	0,015

За период проводимого исследования из 73 пациентов приверженных наблюдению (и не получавших АРВТ), вследствие различной соматической патологии (инфаркт миокарда, цирроз печени) умерли 9 человек (12%), от лимфомы головного мозга – 1 больной (1%) и от травм несовместимых с жизнью – 2 человека (3%). В группе неприверженных диспансерному наблюдению следует отметить высокую летальность (75 чел., 53%): 48 больных (64%) умерли вследствие прогрессирования ВИЧ-инфекции, проявившегося различными формами туберкулеза (42 чел.), пневмоцистной пневмонией (2 чел.) и лимфомой (4 чел.). Другими причинами смерти были: отравление наркотическими веществами (9 чел., 12%), соматическая патология (6 чел., 8%), механическая асфиксия (3 чел., 4%). В 9 случаях (12%) причину смерти установить не удалось.

Таким образом, больные, находящиеся на диспансерном наблюдении и проходящие регулярное обследование, своевременно начинали прием антиретровирусных препаратов, что позволило предупредить необратимое прогрессирование ВИЧ-инфекции, развитие оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний. В свою очередь структура летальности в группе приверженных пациентов подчеркивает значимость ориентированности системы диспансерного наблюдения на активное выявление и лечение соматической патологии у больных ВИЧ-инфекцией.

Сопоставление характеристик больных ВИЧ-инфекцией, наблюдаемых в 1999-2011 и 2012-2020 годы

На учете 1 января 2020 г. (31 декабря 2019 г.) состояло 540 человек. Также, как и в 1999-2011 гг. преобладали лица мужского пола (412 чел., 76%), однако среди пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией стало больше женщин. Отмечался рост выявления ВИЧ-инфекции среди беременных с 22 чел. в 1994-2011 гг. до 230 чел. в 2012-2020 гг., что служит отражением генерализации эпидемии. Более 80% пациентов получали АРВТ. Необходимо отметить, что 75-89% вновь выявленных больных имели показания и начали терапию с момента постановки на диспансерный учет, что практически соответствует потребности в раннем начале АРВТ (70%) в 1999-2011 гг. Сохраняется достаточно высокая доля летальных исходов (4,29 %).

Таким образом, несмотря на расширение показаний (раннее начало терапии) и повышение доступности антиретровирусных препаратов сохраняется тенденция позднего обращения и начала АРВТ. Подтверждением этого служит частая регистрация туберкулеза и высокий для эры АРВТ показатель летальности среди ЛЖВ, состоящих на учете.

Продолжительность жизни больных ВИЧ-инфекцией, находящихся на диспансерном учете

На основе метода сравнения кривых дожития проведена оценка факторов, связанных с продолжительностью жизни больных ВИЧ-инфекцией, с учетом пола пациентов, их приверженности наблюдению и лечению, показателей ВН ВИЧ и количества CD4-лимфоцитов и исхода заболевания с момента постановки на диспансерный учет и в течение последующих 120 месяцев (через 3 месяца, 6 месяцев, 1,5 года, 2 года, 5 лет, 7 лет и 10 лет).

Установлены достоверные различия в кривых дожития пациентов, получавших и не получавших АРВТ (117,9 и 91,4 месяцев соответственно, $p < 0,005$) и больных, приверженных и неприверженных терапии (116,9 и 83,8 месяцев соответственно, $p < 0,005$) (рисунки 2 и 3).

Показано, что независимо от приверженности наблюдению и терапии выживаемость женщин по сравнению с мужчинами за весь период наблюдения была больше (105,0 и 92,4 месяцев соответственно, $p < 0,05$) (рисунок 4).

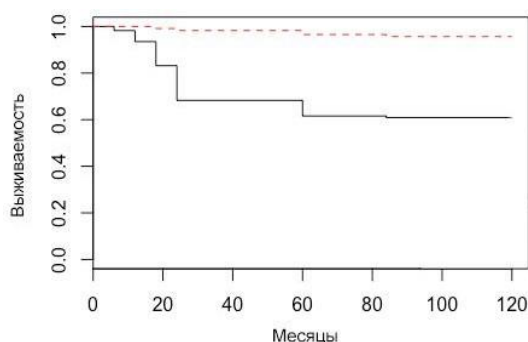


Рисунок 2 – Выживаемость больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от приверженности АРВТ

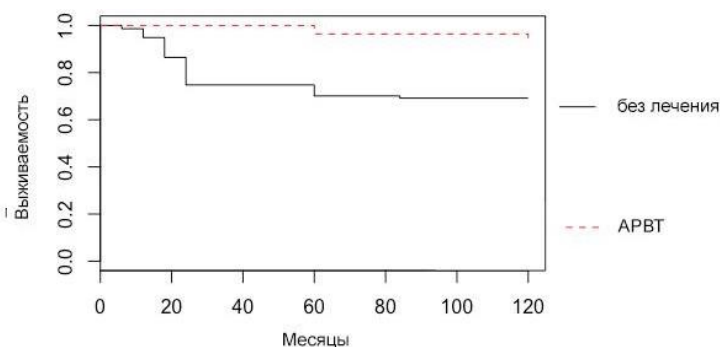


Рисунок 3 – Выживаемость больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от приверженности диспансерному наблюдению

Дополнительный анализ клинико-лабораторных данных всех пациентов в течение длительного периода наблюдения позволил выделить когорты больных, различающиеся по динамике лабораторных показателей и исходам заболевания (частоте летальных исходов), при этом наиболее значительно отличались две полярные группы.

У всех больных неприверженных ни АРВТ, ни диспансерному наблюдению (группа I) на фоне нарастания ВН ВИЧ и снижения числа CD4-лимфоцитов регистрировали самую высокую летальность – 43%. Минимальная частота летальных исходов (1,1%) установлена в группе II, состоящей из пациентов обоего пола, приверженных АРВТ, и женщин, приверженных диспансерному наблюдению. Их выживаемость (на основе метода кривых дожития) была достоверно дольше по сравнению с неприверженными больными (группа I – 71,1 и группа II – 118,8 месяцев соответственно, $p < 0,05$) (рисунок 5).

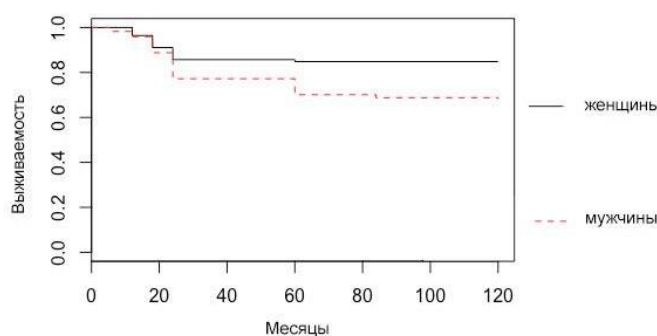


Рисунок 4 – Выживаемость больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от пола

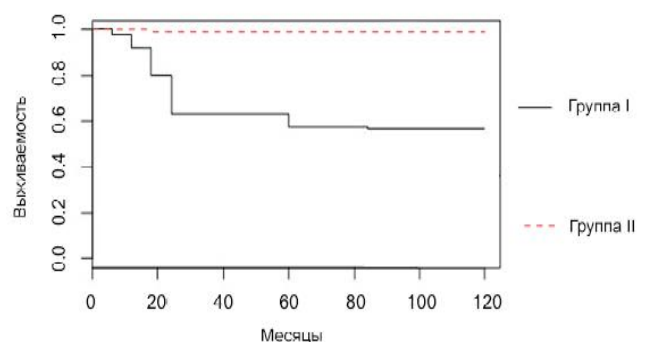


Рисунок 5 – Выживаемость больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от частоты летальных исходов

Таким образом, регулярное диспансерное наблюдение, своевременное начало АРВТ и приверженность терапии позволяют контролировать заболевание, предупредить развитие

оппортунистической патологии, повысить качество и продолжительность жизни больных.

Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией, умерших в Ломоносовском районе Ленинградской области в 1999-2011 годы

У большинства больных ВИЧ-инфекцией, умерших в Ломоносовском районе ЛО, выявлена недостаточная приверженность диспансерному наблюдению и лечению. Отсутствие или нерегулярное наблюдение приводило к несвоевременному назначению или полному отсутствию химиопрофилактики оппортунистических инфекций, в дальнейшем к прогрессированию основного заболевания и смерти больных от туберкулеза, онкологической патологии и других инфекций.

Отмечается высокая летальность больных в первые три дня госпитализации в стационар, что свидетельствует о неприверженности пациентов наблюдению и лечению, и соответственно поступлению в стационар на поздних стадиях заболевания.

В выборку из 118 больных ВИЧ-инфекцией вошли умершие в ЛЦМБ (62 чел.), а также доставленные в патологоанатомическое отделение из дома (24 чел.) или найденные на улице (32 чел.). Преобладали мужчины – 90 чел. (76%). Большую часть случаев (96%) составили лица молодого возраста (по классификации Всемирной организации здравоохранения – до 44 лет). Средний возраст на момент наступления летального исхода – $32,1 \pm 4,3$ лет.

В анализ включили 109 протоколов патологоанатомических вскрытий; в 9 случаях причины смерти не были установлены. Почти половина больных (49%) умерла от вторичных заболеваний (таблица 3). В их структуре в 85% случаев (45 чел.) посмертным диагнозом был туберкулез, преимущественно легочная форма заболевания. У 6 чел. (11%) на фоне ВИЧ-инфекции получила развитие онкологическая патология, приведшая к смерти, и у 2 пациентов (4%) ведущим диагнозом стала пневмоцистная пневмония.

Таблица 3 – Распределение умерших больных ВИЧ-инфекцией по причинам смерти

Причина смерти	Число больных	
	Абс.	Отн.
Вследствие ВИЧ-инфекции:	53	49%
Пневмоцистная пневмония	2	4%
Туберкулез	45	85%
Онкопатология, включая лимфомы (n=5), глиобластому головного мозга (n=1)	6	11%
Соматическая патология:	29	27%
Острая сердечная недостаточность	2	7%
Инфаркт миокарда	2	7%
Хронический септический эндокардит	3	10%

Окончание таблицы 3

Токсическая кардиомиопатия	10	35%
Цирроз печени	7	24%
Печеночная недостаточность	3	10%
Желудочно-кишечное кровотечение	2	7%
Насильственная смерть:	27	24%
Отравление наркотическими веществами (установленными и не установленными)	15	55%
Механическая асфиксия	5	19%
Травмы, сопровождающиеся кровотечениями, несовместимые с жизнью	7	26%

Соматическая патология как причина смерти зарегистрирована у 29 больных (27%). Летальные исходы в этих случаях в значительной степени были обусловлены прогрессированием хронических вирусных гепатитов и употреблением ПАВ.

Среди умерших насильственной смертью (27 чел.) в 15 случаях (55%) установлено отравление наркотическими веществами.

Лишь в 9 случаях (8%) из числа всех зарегистрированных и включенных в анализ летальных исходов больные находились на диспансерном наблюдении и им была назначена АРВТ. Однако все 9 пациентов не были привержены диспансерному наблюдению и не соблюдали режим лечения. Остальные больные не состояли на диспансерном наблюдении или не регулярно (менее 2-3-х раз в год) наблюдались у врача-инфекциониста.

Анализ длительности нахождения в стационаре 62 умерших больных показал, что у 11 больных (18%) смерть зарегистрирована в первые сутки нахождения в стационаре, в первые трое суток смерть наступила у 42% пациентов (26 чел.). Средне число CD4- лимфоцитов у этих пациентов составило $8,0 \pm 31,4$ кл/мкл, ВН ВИЧ – $7\,500\,000 \pm 225$ копий/мл. Среди причин смерти у 22 пациентов зарегистрированы различные формы туберкулеза, пневмоцистная пневмония стала причиной смерти 1 больного, 3 чел. погибли в результате хронического поражения печени (2 чел. – осложнения хронического вирусного гепатита и 1 чел. – токсический гепатит). Употребление наркотических веществ и алкоголя анамнестически выявлено в 69% случаев (18 чел.), гепатиты В и С зарегистрированы у 21 больного (81%).

Полученные результаты подтверждают важность своевременного и раннего выявления лиц, инфицированных ВИЧ, проведение их регулярного диспансерного наблюдения и повышение приверженности наблюдению и АРВТ.

Оценка качества жизни и уровня стигматизации больных ВИЧ-инфекцией

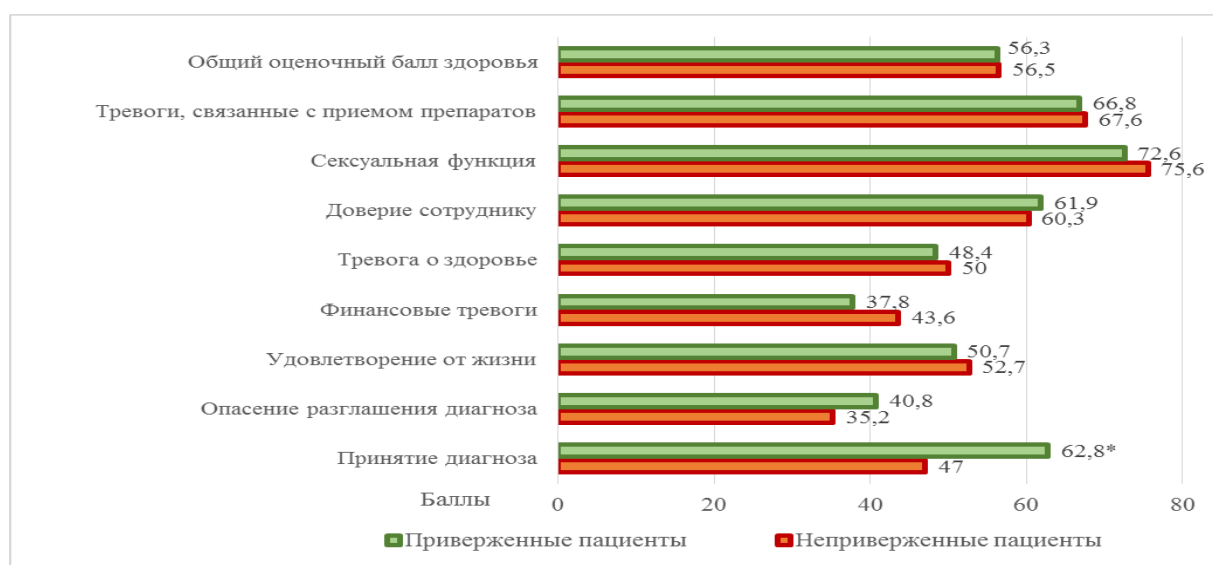
Установлено, что для большинства больных ВИЧ-инфекцией, независимо от степени вовлеченности в оказание специализированной медицинской помощи, характерен высокий

уровень стигматизации и опасения раскрытия диагноза. Для приверженных больных были менее характерны чувство изолированности, отверженности. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь стигматизации практически со всеми показателями качества жизни пациентов. Значимым фактором, влияющим на приверженность диспансерному наблюдению, показал себя факт принятия диагноза. Кроме того, у женщин сильное влияние на качество жизни и характер течения заболевания оказывает доверие врачу и приверженность терапии.

Среди опрошенных преобладали мужчины (43 чел., 64%). Однако в группе приверженных пациентов женщины составили большинство (92% и 8% соответственно, $p < 0,026$).

Оценка качества жизни больных ВИЧ-инфекцией не выявила различий между группами по большинству изучаемых параметров. Общий оценочный балл составил 56,4, что соответствует среднему показателю качества жизни (от 40 до 60 баллов). В то же время, у женщин, приверженных диспансерному наблюдению и лечению, суммарный оценочный балл, характеризующий общее состояние и качество жизни, был значимо выше, чем у мужчин (59,4 и 33,3 соответственно, $p < 0,05$). Показатели в 50 и менее баллов зарегистрировали у пациентов независимо от уровня приверженности по шкалам «Опасение разглашения информации», «Финансовые тревоги», «Тревога о здоровье» (рисунок 6).

Обращают на себя внимание различия между приверженными и неприверженными больными по шкале «Принятие диагноза» ВИЧ-инфекции (соответственно 62,8 и 47,0 баллов, $p < 0,028$). Это свидетельствует о характерном для приверженных пациентов принятии диагноза, адаптации к изменившимся условиям жизни с учетом болезни, и как следствие, возможно, более ответственному отношению к лечению и образу жизни.



Примечание: * $p = 0,028$

Рисунок 6 – Показатели качества жизни у приверженных и неприверженных больных ВИЧ-инфекцией

Установлены значимые корреляционные связи между подшкалами качества жизни. Обращают внимание более высокие коэффициенты корреляции между подшкалой «Тревога о здоровье» и подшкалами «Финансовы тревоги ($r=0,497$, $p=0,001$), «Сексуальная функция» ($r=0,427$, $p=0,001$), «Тревоги в связи с приемом препаратов» ($r=0,424$, $p=0,003$). Чем больше беспокойства испытывает пациент относительно своего здоровья, тем более ответственно он относится к своему образу жизни и будущему, возрастают финансовые потребности. Больной более серьезно относится к вопросам сексуальной жизни. Вероятно, это связано с беспокойством, касающимся рисков передачи инфекции половым путем, раскрытия диагноза половому партнеру(-ам) и репродуктивной функции. Пациент проявляет большую осведомленность об АРВТ, и как следствие проявляет больше сомнений и тревоги в отношении приема лекарственных препаратов.

Средний показатель стигматизации всех обследованных больных составил $102,5 \pm 1,9$ баллов, что соответствует умеренному уровню ВИЧ-стигматизации (81-120 баллов). Однако у большинства опрошенных (56 чел., 83%) выявлен высокий уровень стигматизации (121-160 баллов), низкий – у 3 (≤ 80 баллов) и средний – у 8 пациентов.

Достоверные различия показателей стигматизации между группами приверженных и неприверженных пациентов выявлены лишь по подшкале «Личностная травма» ($p=0,026$), характеризующей чувство изолированности, отверженности и опыт негативного взаимоотношения с другими людьми из-за наличия у пациента ВИЧ-инфекции. При этом наибольшее эмоциональное значение для всех больных имели вопросы, связанные с раскрытием диагноза. Среди больных, приверженных диспансерному наблюдению и лечению, показатель общей стигматизации был достоверно ниже у женщин, чем у мужчин (97,3 баллов и 128,0 баллов, $p=0,024$) (рисунок 7).

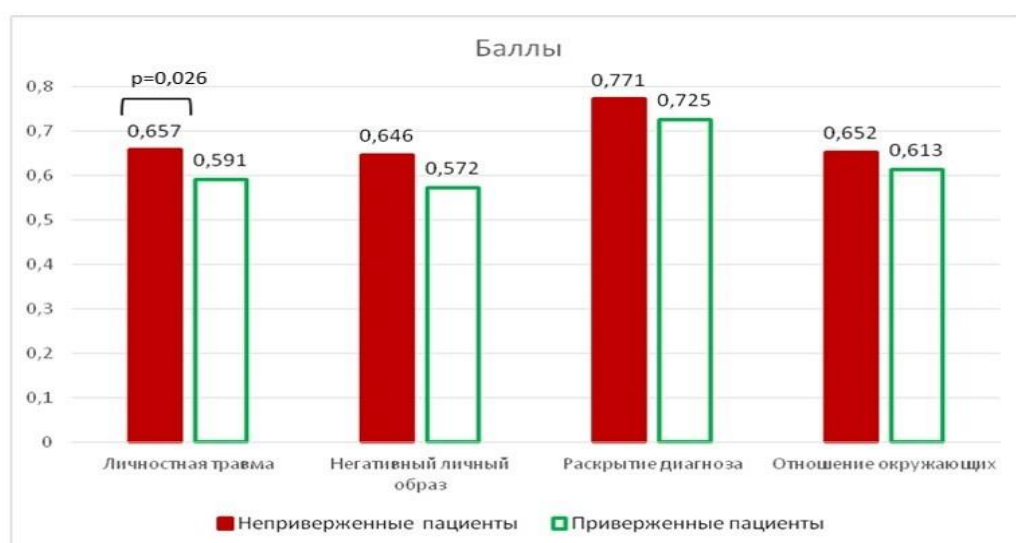


Рисунок 7 – Значения подшкал Анкеты ВИЧ-стигматизации у приверженных и неприверженных больных

Анализ взаимосвязи показателей подшкал Анкеты ВИЧ-стигматизации установил сильную корреляционную связь между социальным дискомфортом, в том числе ощущением дискриминации (подшкала «Отношение окружающих»), и личностной травмой ($0,835$; $p < 0,001$), негативным личным образом пациента ($0,753$; $p < 0,001$) и страхом раскрытия ВИЧ-статуса ($0,686$; $p < 0,001$). Показана прямая корреляция между личностной травмой и негативным личным образом пациента ($0,613$; $p < 0,001$). В свою очередь, выявлено, что страх раскрытия диагноза коррелировал с негативным личным образом пациента ($0,608$; $p < 0,001$) и личностной травмой ($0,537$; $p < 0,001$).

Анализ взаимосвязи показателей стигматизации и качества жизни больных ВИЧ-инфекцией установил исключительно обратные корреляционные связи (таблица 14). Так, выявлена связь между показателями подшкалы «Отношение окружающих» Анкеты ВИЧ-стигматизации и удовлетворенностью жизнью ($r = -0,379$; $p = 0,002$), опасениями разглашения информации ($r = -0,318$; $p = 0,001$) и др. Негативный личный образ пациентов, характеризующий чувство вины, стыда и самоуничижение, обратно коррелировал с такими показателями качества жизни больных, как удовлетворение от жизни ($r = -0,471$; $p < 0,001$), финансовым обеспечением ($r = -0,389$; $p = 0,001$) и общим состоянием ($r = -0,316$; $p = 0,011$), более слабая корреляция показана для сексуальной функции ($r = -0,279$; $p = 0,027$) и опасения разглашения диагноза ($r = -0,269$; $p = 0,033$). В свою очередь, увеличение показателя стигматизации по подшкале «Раскрытие диагноза» коррелировало с ухудшением качества жизни по шкалам «Опасение разглашения информации» ($r = -0,320$; $p = 0,010$), «Финансовые тревоги» ($r = -0,458$; $p = 0,000$) и «Удовлетворение от жизни» ($r = -0,267$; $p = 0,033$).

Показана, в том числе, связь между негативным опытом взаимоотношений по поводу диагноза ВИЧ-инфекции и другими показателями стигматизации и дискриминации больных ВИЧ-инфекцией, определяющими чувство вины, опасения раскрытия ВИЧ-статуса, социальный дискомфорт и т.п.

Рекомендации по оптимизации тактики ведения больных ВИЧ-инфекцией с учетом психосоциальных факторов

Результаты исследования показали, что часто пациенты обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания. Ряд больных знали о диагнозе ВИЧ-инфекции в течение длительного времени, но не обращались в специализированные медицинские учреждения, другие были выявлены на поздних стадиях болезни. Среди причин позднего обращения следует особо выделить зависимость от ПАВ и социальную дезадаптацию. Кроме того, установлены психологические факторы, влияющие на готовность обратиться за медицинской помощью: отношение к болезни (непринятие диагноза) и доверие системе здравоохранения (стигматизация, страх раскрытия). Эти же причины являются барьерами

формирования приверженности наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. Также установлены гендерные различия в соблюдении режима наблюдения АРВТ и ряде психосоциальных характеристик, что отразилось на эффективности терапии и исходах.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что для вовлечения и удержания пациентов на диспансерном наблюдении и повышения эффективности терапии, целесообразно разрабатывать и проводить индивидуальные программы психологической и социальной поддержки больных с целью раннего и полного принятия диагноза, коррекции эмоционального восприятия болезни, социализации и формирования приверженности наблюдению и лечению.

Решение социальных проблем (отсутствие документов, работы, жилья, и др.) также способствует удержанию пациентов в системе оказания медицинской помощи и формированию приверженности. Индивидуальные программы психологической и социальной поддержки должны учитывать гендерные различия в приверженности терапии и психосоциальных характеристик.

Для коррекции поведения и терапии зависимости от ПАВ необходима не только консультативная работа, но регулярное участие врача психиатра-нарколога в ведении больных с момента обращения за медицинской помощью.

Таким образом, с учетом прогностически неблагоприятных психосоциальных характеристик больных, необходимо регулярное консультирование, социальное сопровождение и мультипрофессиональный контроль для улучшения приверженности наблюдению и приему АРВТ.

ВЫВОДЫ

1. Основные социально-демографические и клинические характеристики больных ВИЧ-инфекцией в Ломоносовском районе ЛО практически не изменились в течение 26 лет с момента выявления первых случаев заболевания. У большинства неприверженных, как терапии, так и диспансерному наблюдению, отмечали социальную дезадаптацию. Большинство из них не имело постоянной работы (64%), они чаще систематически употребляли алкоголь (68%) и другие ПАВ (76%), и в прошлом находились в местах лишения свободы (32%).
2. Установлены достоверные различия в кривых дожития пациентов, получавших и не получавших АРВТ (117,9 и 91,4 месяцев соответственно, $p < 0,005$) и больных, приверженных и неприверженных терапии (116,9 и 83,8 месяцев соответственно, $p < 0,005$).
3. Наибольшие показатели летальности зарегистрированы среди неприверженных АРВТ (71%) и больных, не соблюдавших режим диспансерного наблюдения (53%). Более половины всех неприверженных пациентов (60%) умерла от вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции, из них в 75% случаев посмертным диагнозом был туберкулез. Второй по частоте причиной летальных исходов была насильственная смерть (27%), включая отравление наркотиками.

4. Для большинства больных ВИЧ-инфекцией, независимо от степени вовлеченности в оказание специализированной медицинской помощи, характерны высокий уровень стигматизации (121-160 баллов) и опасения раскрытия диагноза. Для приверженных больных менее характерны чувство изолированности и отверженности. Установлена взаимосвязь стигматизации практически со всеми показателями качества жизни пациентов. Показаны различия между приверженными и неприверженными больными по шкале «Принятие диагноза» ВИЧ-инфекции (соответственно 62,8 и 47,0 баллов, $p < 0,028$).

5. Установлены гендерные различия по ряду показателей. Женщины преобладали среди пациентов приверженных диспансерному наблюдению и лечению (58% и 69% соответственно), в свою очередь, среди не соблюдавших режим наблюдения и терапии было больше мужчин (73% и 89% соответственно). Минимальная частота летальных исходов (1,1%) установлена у пациентов обоего пола, приверженных АРВТ, и у женщин, приверженных диспансерному наблюдению. У женщин, приверженных лечению и диспансерному наблюдению, в отличие от мужчин, был достоверно ниже показатель общей стигматизации (97,3 и 128,0 баллов соответственно, $p = 0,024$) и значимо выше суммарный оценочный балл, характеризующий общее состояние и качество жизни (59,4 и 33,3 соответственно, $p < 0,05$).

6. Прогностически неблагоприятные психосоциальные характеристики больных определяют необходимость мультипрофессионального контроля и социального сопровождения для улучшения приверженности наблюдению и приему АРВТ. Для вовлечения и удержания пациентов на диспансерном наблюдении и повышения эффективности терапии целесообразно разрабатывать и проводить индивидуальные программы психологической и социальной поддержки с целью раннего и полного принятия диагноза, коррекции эмоционального восприятия болезни, социализации и формирования приверженности наблюдению и лечению с учетом гендерных и психосоциальных характеристик больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выявление и психосоциальная коррекция барьеров к получению медицинской помощи и формированию приверженности наблюдению и лечению у больных ВИЧ-инфекцией, обнаруженных в ходе консультирования и применения опросников.
2. Проведение индивидуальных программ психологической и социальной поддержки больных с целью раннего и полного принятия диагноза, коррекции эмоционального восприятия болезни, формирования приверженности наблюдению и лечению, и социализации с учетом гендерных и психосоциальных характеристик больных.
3. Совместное и непрерывное ведение больных ВИЧ-инфекцией с зависимостью от ПАВ врачом-инфекционистом и врачом психиатром-наркологом.

4. Активное участие врача психиатра, психолога и социального работника в формировании и поддержании приверженности у больных ВИЧ-инфекцией с прогностически неблагоприятными психосоциальными характеристиками.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лиознов, Д. А. Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией в Ломоносовском районе Ленинградской области в 1999-2011 гг. / Д. А. Лиознов, М. И. Дессау, Т. В. Антонова, С. Л. Николаенко // Журнал инфектологии. – 2015. – Т. 7, № 2. – С. 54–58.
2. Дессау, М. И. Качество жизни, стигматизации и приверженность диспансерному наблюдению больных ВИЧ-инфекцией / М. И. Дессау, Д. А. Лиознов, А. Т. Журкин // Журнал инфектологии. – 2016. – Т. 8, № 4, Приложение. – С. 85–86.
3. Лиознов, Д. А. Анализ причин смерти больных ВИЧ-инфекцией в 1999-2011 годах / Д. А. Лиознов, М. И. Дессау, С. Л. Николаенко, Т. В. Беляева // Материалы VII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. – Москва, 30 марта – 1 апреля 2015 г. – С. 194–195.
4. Дессау, М. И. Стигматизации и качество жизни больных ВИЧ-инфекцией приверженных и неприверженных диспансерному наблюдению и лечению / М. И. Дессау, Д. А. Лиознов, А. Т. Журкин // Тезисы 3-й Всеросс. Науч.-практ. конф. с межд. уч. «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания». – Сочи, 1–4 ноября 2016 г. – С. 117–118.
5. Дессау, М. И. Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией в Ломоносовском районе Ленинградской области в 1999-2011 гг. / М. И. Дессау, Д. А. Лиознов, Т. В. Антонова, С. Л. Николаенко // Сб. тез. 5-й конф. по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 23–25 марта 2016 г. – С. 171.
6. Дессау, М. И. Стигматизация, качество жизни, приверженность диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией / М. И. Дессау, Д. А. Лиознов, С. Л. Николаенко, Т. В. Беляева // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 4. – С. 76–81.
7. Дессау, М. И. Приверженность диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции и ее связь со стигматизацией и качеством жизни больных / М. И. Дессау, Д. А. Лиознов, С. Л. Николаенко, Т. В. Беляева // Сборник тезисов Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ». – СПб, 5-6 июня 2017 г. – С. 256–258.
8. Дессау, М. И. Клинико-лабораторная характеристика больных ВИЧ-инфекцией с учетом приверженности диспансерному наблюдению и лечению / М. И. Дессау, Д. А. Лиознов, Т. В. Антонова // Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие

угрозы: сборник трудов XI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. – Москва, 1-3 апреля 2019 г. – С. 52.

9. Дессау, М. И. Качество жизни и приверженность диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией / М. И. Дессау // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2023. – Т. 15, №1. – С. 81–82.

10. Дессау, М. И. Эффективность лечения больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от приверженности диспансерному наблюдению и антиретровирусной терапии / М. И. Дессау, С. Л. Николаенко, Д. А. Лиознов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2024. – Т. 16, № 1. – С. 36–44.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВТ	–	антиретровирусная терапия
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВН ВИЧ	–	вирусная нагрузка ВИЧ
КИЗ	–	кабинет инфекционных заболеваний
ЛЖВ	–	люди, живущие с ВИЧ
ЛО	–	Ленинградская область
ЛЦМБ	–	Ломоносовская центральная межрайонная больница им. И.Н. Юдченко
ПАВ	–	психоактивные вещества