

Возможно применение следующих схем битерапии:

- ATV/r + 3TC;
- DRV/r + 3TC;
- LPV/r + 3TC;
- LPV/r + RAL;
- DRV/r + RAL.

Перед переходом на редуцированную схему АРТ необходимо проведение дополнительного консультирования пациента о необходимости соблюдения режима лечения. Через 1 и 3 мес. после перехода на редуцированную схему рекомендуется проведение исследования ВН. При сохранении ее на неопределяемом уровне в дальнейшем наблюдение можно проводить по обычному графику. При повышении ВН рассматривается вопрос о возвращении к полноценной схеме АРТ.

### 3.2.9.4. Прерывание АРТ

АРТ больным ВИЧ-инфекцией назначается пожизненно, и ее прерывание не рекомендуется, за исключением пациентов, получающих превентивную терапию (химио-профилактику) после эпидемически значимого контакта с больным ВИЧ-инфекцией. Особенно неблагоприятны последствия прерывания терапии у беременных, детей до 5 лет, пациентов, находящихся в фазе прогрессирования стадий 4Б, 4В или с количеством CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов ≤ 200 клеток/мкл, а также пациентов, у которых эффект АРТ (вирусологический, иммунологический и клинический) так и не был достигнут.

Тем не менее, на практике прерывание АРТ у больных ВИЧ-инфекцией иногда происходит, например, по решению пациента, при невозможности явиться для получения препаратов и т. д. Очень редко необходимость отмены антиретровирусных препаратов может быть связана с побочными проявлениями, особенно если они носят угрожающий жизни характер. Однако и в этом случае АРТ следует как можно быстрее возобновить, подобрав подходящую для данного пациента схему.

Временное прерывание всей схемы АРТ является для пациента более предпочтительным, чем ее продолжение в виде битерапии или нерегулярный прием препаратов. Исключение составляют схемы битерапии, описанные в разделе «Изменение схемы АРТ с целью ее оптимизации».

При прерывании терапии необходимо учитывать, что препараты из группы ННИОТ имеют период полувыведения, гораздо более длительный, чем применяемые вместе с ними препараты группы НИОТ, и низкий барьер резистентности. В результате после отмены АРТ ННИОТ в течение недели циркулируют в крови в режиме «монотерапии», что создает идеальные условия для селекции резистентных штаммов ВИЧ. При прерывании схем терапии, включающих ИП или ИИ, которые имеют период полувыведения, сопоставимый с НИОТ, такого не происходит. Поэтому тактика прерывания терапии у пациентов, получавших АРТ на базе ННИОТ, отличается от таковой при применении ИИ или ИП.

При отмене терапии, проводимой на основе ННИОТ, возможно несколько вариантов действия:

1. За месяц до отмены терапии заменить препарат из группы ННИОТ на ИП ВИЧ (в крайнем случае, можно использовать схему на основе ИП в течение 7–14 дней). Затем вся схема АРТ отменяется.

2. Если применение такой тактики невозможно, то после отмены ННИОТ следует продолжить прием 2

препаратов из группы НИОТ в течение 7–14 дней, после чего прервать терапию.

При прерывании АРТ, проводимой на основе ИП, следует одновременно отменить все антиретровирусные препараты.

С пациентами, прерывающими терапию, должно быть проведено консультирование, в ходе которого следует обсудить отрицательные (угроза прогрессирования ВИЧ-инфекции, повышение риска передачи инфекции) и кажущиеся благоприятными («отдых» от лекарств) последствия этого шага. Должна быть разъяснена необходимость продолжения диспансерного наблюдения и его доступность для пациента, а также необходимость возобновления терапии.

За пациентами, прервавшими АРТ, необходимо продолжать диспансерное наблюдение в том же объеме, что и за получающими ее. При консультировании в процессе диспансерного наблюдения необходимо акцентировать внимание на необходимости возобновления АРТ, особенно в случаях снижения количества CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов < 350 клеток/мкл или клинического прогрессирования болезни.

### 3.2.10. Отражение наблюдения за пациентом в амбулаторной карте (истории болезни)

Всеобщая доступность АРТ перевела ВИЧ-инфекцию из разряда заболеваний с неизбежным смертельным исходом в разряд заболеваний с контролируемым течением, при этом диспансерное наблюдение и лечение больных ВИЧ-инфекцией должно быть пожизненным. Вместе с тем нарушение режима наблюдения за пациентом и режима лечения, а также неверная интерпретация результатов лабораторных исследований и неадекватный выбор терапии могут иметь самые неблагоприятные последствия не только для здоровья пациента, но и для увеличения его значимости как источника инфекции.

Поэтому основные клинические и лабораторные маркеры прогрессирования ВИЧ-инфекции и эффективности АРТ должны быть четко отражены в амбулаторной карте.

Рекомендуется:

- в записях, производимых при первичном обследовании пациента и при плановых и внеочередных обследованиях, отражать уровень ВН и количество CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов;
- у пациентов, получающих АРТ, отражать отклонения в результатах других лабораторных исследований, приуроченных к данному визиту, и давать их интерпретацию с точки зрения эффективности и безопасности АРТ;
- при назначении не приоритетной схемы АРТ формулировать обоснование выбора конкретной схемы.

Для облегчения и ускорения оценки динамики заболевания, эффективности и безопасности проводимой терапии и настоящего состояния пациента рекомендуется использовать лист-вкладыш «Развитие заболевания» (приложение 1).

## 4. Формирование приверженности больного ВИЧ-инфекцией к диспансерному наблюдению и лечению

Лечение ВИЧ-инфекции проводится пожизненно и требует от пациентов точного соблюдения рекомендаций

врачей и режима терапии. Вопросы организации работы по повышению приверженности пациентов к АРТ имеют принципиальное значение в оказании медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

В настоящее время важнейшее значение приобретает выполнение задачи привлечения и удержания пациентов в рамках существующей системы помощи. Эта задача представляет трудности для восприятия как организаторами здравоохранения, так и отдельными медицинскими работниками. Пассивный характер предоставления помощи только при наличии запроса со стороны пациентов не учитывает сложившейся ситуации, при которой большинство пациентов:

- могут быть социально дезадаптированы и иметь многочисленные психосоциальные проблемы;
- могут не иметь установок на поддержание своего здоровья и навыков длительного общения с медицинскими работниками в режиме диспансерного наблюдения.

Работа по созданию и поддержанию приверженности к лечению будет эффективна в том случае, если будет строиться, исходя из конкретной ситуации и потребностей пациента. Например, при консультировании беременных или женщин, планирующих беременность, особое внимание следует уделять предупреждению заражения будущего ребенка как одной из целей терапии.

Успех лечения ВИЧ-инфекции определяется не только клиническими и лабораторными показателями в тщательно отобранных группах пациентов, но и способностью существующей системы оказания медицинской помощи обеспечить лечение ВИЧ-инфекции всем нуждающимся. На решение о проведении АРТ не должны влиять ни политические, ни социальные факторы. Лечение необходимо предоставлять всем пациентам, нуждающимся в нем по медицинским показаниям и/или выразившим желание лечиться, в том числе потребителям инъекционных наркотиков, лицам, оказывающим сексуальные услуги за деньги, другим группам населения.

При работе с наркозависимыми пациентами необходимо учитывать их возможную анозогнозию и отсутствие мотивации на лечение. Вначале необходимо осуществлять активную мотивационную работу в целях привлечения таких пациентов к лечению, а также использовать ресурсы наркологической службы в целях предоставления наркозависимым пациентам наркологической помощи, в том числе активной противорецидивной терапии.

Разностороннюю диагностику проблем пациента, выделение наиболее приоритетных из них и согласованность действий при решении проблем обеспечивает мультипрофессиональный подход.

Необходимо обучать специалистов этому подходу и объединять их в мультипрофессиональные команды, в которые должны входить врач-инфекционист, медицинская сестра, психолог и социальный работник, а также, по мере необходимости, нарколог, фтизиатр и другие профильные специалисты. Врачи-инфекционисты и медицинские сестры кабинетов инфекционных заболеваний также должны обучаться мультипрофессиональному подходу и работать в формате мультипрофессиональных команд.

Для оптимального соблюдения режима АРТ следует рассмотреть возможность направления сообщений на мобильные телефоны в качестве средства напоминания

о необходимости соблюдения режима АРТ в рамках комплекса мер по обеспечению приверженности к лечению.

#### 4.1. Определение приверженности к лечению

Традиционно под приверженностью к лечению понимают прием препаратов в строгом соответствии с назначением врача, когда пациент:

- вовремя принимает лекарство;
- принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе;
- соблюдает рекомендации по диете.

Такое определение приверженности к лечению носит констатирующий характер и не позволяет судить о том, как достичь желательного результата.

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

Ограничение задачи формирования приверженности при ВИЧ-инфекции только вопросами соблюдения режима лечения может приводить к позднему началу терапии, так как пациенты могут нарушать режим диспансерного наблюдения, и своевременное начало лечения представляется затруднительным.

Приверженность в контексте ВИЧ-инфекции должна рассматриваться на уровне:

- *поддержания своего здоровья;*
- *соблюдения режима диспансерного наблюдения;*
- *лечения заболевания.*

Формирование приверженности к лечению как специфического поведения в отношении приема лекарств осуществляется в процессе общения, доверительного взаимодействия с пациентом и не сводится к директивам и рекомендациям, имеющим сугубо медицинский характер. Директивные указания и рекомендации, в том числе стереотипные, не могут в короткие сроки изменить поведение конкретного человека.

Мотивация к изменению поведения возможна, исходя из обстоятельств индивидуальной ситуации пациентов, она возникает у них самих. Навязывание мотивации на лечение извне может вызывать реакцию сопротивления и психологической защиты, что не способствует доверительным отношениям и выполнению рекомендаций специалистов.

Работа по формированию приверженности при ВИЧ-инфекции должна начинаться на этапе консультирования при обследовании на ВИЧ.

Формирование приверженности пациентов к диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции осуществляется в рамках мультипрофессионального пациент-ориентированного подхода с использованием технологии консультирования.

ВОЗ рекомендует считать пороговым значением 95% уровень приверженности, так как он обеспечивает наилучший вирусологический ответ на проводимую терапию. При этом предлагается установить следующие уровни оценки приверженности:

- хороший —  $\geq 95\%$ ;
- средний — 85–94%;
- низкий —  $\leq 85\%$ .

#### 4.2. Способы формирования приверженности к лечению

В настоящее время для формирования и поддержания приверженности к лечению ВИЧ-инфекции используют различные стратегии и методы. Наиболее эффективными мерами являются многосторонние методики, сфокусированные на конкретном пациенте – пациент-центрированная терапия. Методологией формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции является *консультирование*.

Существуют различные формы консультирования. Различают до- и послетестовое консультирование, кризисное консультирование, консультирование по вопросам лечения, семейное консультирование, консультирование созависимых родственников, консультирование половых партнеров пациентов и партнеров по наркопотреблению.

*Консультирование* – взаимодействие, конфиденциальный диалог с пациентом, направленный на изменение его поведения, основанный на предоставлении информации и психологической поддержки.

*На первом (общем) этапе* консультирования важно выяснить объем и характер представлений пациента о ВИЧ-инфекции и лечении этого заболевания. Необходимо спросить пациента, что он знает о лечении ВИЧ-инфекции. Врач в доступной форме рассказывает о целях АРТ, выгодах ее приема, требованиях к режиму лечения.

*На втором (индивидуальном) этапе* консультирования врач выясняет проблемы, связанные с лечением заболевания у конкретного пациента. Необходимо спросить пациента, как он относится к лечению, готов ли к нему, что может помешать регулярному приему препаратов АРТ и посещению врача для получения препаратов и контроля лечения.

В случае, если у пациента имеются проблемы (социальные, медицинские, психологические), которые могут препятствовать регулярному приему препаратов, необходимо использовать имеющиеся ресурсы для решения этих проблем.

В работе над решением различных проблем пациента согласованно работают все члены мультипрофессиональной команды.

*На третьем (поведенческом) этапе* консультирования при обнаружении готовности к началу лечения обсуждают конкретные вопросы, связанные с режимом АРТ, возможными побочными эффектами и способами их коррекции; оформляется добровольное информированное согласие на лечение; подчеркивается взаимный характер обязательств, которые принимают на себя участники терапевтического процесса.

Существенное значение в формировании приверженности к лечению имеют:

- разработка конкретного плана лечения, выдача графиков приема препаратов и визитов к врачу в письменном виде;
- выбор удобного для приема режима терапии с минимальной частотой приема и минимальным количеством таблеток (применение комбинированных препаратов);
- выдача вспомогательных средств (коробочки для лекарств, таймера);

- предоставление контактной информации, позволяющей пациенту при необходимости обратиться к врачу;

- предоставление информации о возможности участия в работе групп взаимопомощи и иных ресурсах, доступных в регионе.

В случае если все приложенные усилия не приносят результата, и пациент не выражает готовности начать лечение, пациенту можно предложить подписать информированный отказ от лечения.

#### 4.3. Контроль приверженности к лечению

В медицинской документации ставятся отметки об уровне приверженности и причинах недостаточной приверженности.

*Оценка уровня приверженности к лечению отдельного пациента на основании метода подсчета таблеток.* При использовании данного метода пациент должен принести флаконы с таблетками в лечебное учреждение для пересчета оставшихся таблеток. Число пропущенных приемов подсчитывается по несовпадению ожидаемого числа таблеток с реально установленным. Оценка приверженности к терапии на основании подсчета принятых таблеток производится по каждому препарату и суммарно по всей схеме.

### 5. Превентивная терапия (химиопрофилактика) и вакцинопрофилактика вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией

Универсальным методом профилактики вторичных заболеваний является своевременно начатая АРТ. Превентивная терапия (химиопрофилактика) вторичных заболеваний, призванная предотвратить их развитие, – неотъемлемая часть лечения больных ВИЧ-инфекцией. Она может назначаться по иммунологическим и эпидемиологическим показаниям.

#### 5.1. Превентивная терапия (химиопрофилактика) пневмоцистной пневмонии

Химиопрофилактику пневмоцистной пневмонии назначают по иммунологическим показаниям при количестве CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов < 200 клеток/мкл (или менее 14%).

*Предпочтительные схемы:* ко-тримоксазол (триметоприм/сульфаметоксазол) 80/400 мг 1 раз в сутки ежедневно или 160/800 мг 1 раз в сутки 3 раза в неделю.

*Альтернативная схема:* дапсон 100 мг (2 таблетки) 1 раз в сутки внутрь ежедневно.

Превентивную терапию пневмоцистной пневмонии прекращают при повышении количества CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов на фоне АРТ > 200 клеток/мкл в течение 3 мес. или при количестве CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов 100–200 клеток/мкл и неопределяемом уровне РНК ВИЧ в течение 3 мес.

#### 5.2. Превентивная терапия (химиопрофилактика) токсоплазмоза головного мозга

Химиопрофилактику церебрального токсоплазмоза головного мозга назначают по иммунологическим пока-