

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ СРЕДИ ЖЕНЩИН ЛЖВ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Исмаилова А.Д.¹, Байызбекова Д.А.², Дооронбекова А.Ж.², Исакова А.У.², Кубатова А.К.¹

¹Республиканский центр «СПИД» МЗ КР, Бишкек, e-mail: aikul_isma@mail.ru;

²Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР, Бишкек

Цель исследования - выявить причины низкой эффективности антиретровирусной терапии (АРТ) среди женщин ЛЖВ в Кыргызстане. Проведен аудит медицинских карт женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете, и опрос медицинских работников, предоставляющих услуги ЛЖВ. На основании аудита медицинских карт выявлена низкая эффективность АРТ за период 2005-2013 гг. Среди женщин ЛЖВ, получавших АРТ 36 месяцев и более, у 77% уровень CD4 был ниже 500 клеток. Основные причины низкой эффективности АРТ среди женщин: низкая информированность женщин, низкая приверженность к АРТ, депрессия, плохое питание и наличие побочных эффектов при приеме препаратов. Основными препятствиями в выработке приверженности медицинские работники назвали отсутствие регулярной оценки соблюдения режима АРТ (26%) и социальные причины (24%), такие как принадлежность к лицам, употребляющим психоактивные вещества, и плохое питание.

Ключевые слова: ВИЧ, антиретровирусная терапия, эффективность лечения.

THE MAIN REASONS FOR LOW EFFECTIVENESS OF ANTIRETROVIRAL THERAPY AMONG WOMEN LIVING WITH HIV IN KYRGYZSTAN

Ismailova A.D.¹, Bayizbekova D.A.², Dooronbekova A.Zh.², Isakova A.U.², Kubatova A.K.¹

¹Republican Centre of AIDS of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, e-mail: aikul_isma@mail.ru;

²Scientific and Production Centre for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek

The aim of the study was to reveal reasons for low effectiveness of antiretroviral therapy (ART) among women PLH in Kyrgyzstan. An audit of medical records of women with HIV infection staying on clinical observation and treatment as well as a questionnaire survey of health workers providing services to PHL was carried out. Based on the audit of medical records of these women, low efficacy of ART was found over the period 2005-2013. Women PLH receiving ATR for 36 months and more had CD4 levels below 500 cells at 77%. The main reasons for the low effectiveness of ART were low awareness of women, low commitment to ART, depression, poor nutrition and adverse side effects of antiretroviral drugs. Health workers participating in the survey reported that the main barriers to commitment were the absence of periodic assessment of ART compliance (26%) and social reasons (24%) such as being a psychoactive substance user and poor nutrition.

Keywords: HIV, antiretroviral therapy, therapeutic effectiveness.

В Кыргызской Республике антиретровирусная терапия (АРТ) лицам, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), проводится с марта 2005 года. В данный момент в республике имеется 11 наименований антиретровирусных препаратов (АРВП), в основном препараты генерики, произведенные в Индии [5; 7]. Препараты для АРТ приобретаются при финансовой поддержке ГФСТМ. Прогнозирование потребностей, хранение, распределение АРВП проводится централизованно Республиканским центром «СПИД» (РЦ «СПИД»). Дальнейшее распределение осуществляется в соответствии с заявками областных и городских центров профилактики и борьбы со СПИДом (ЦПБС), которые АРВП выдают согласно списку центрам семейной медицины (ЦСМ) или группам семейных врачей (ГСВ) по месту жительства ЛЖВ, получающих АРТ [1; 5; 6]. С целью улучшения доступа и качества

оказания услуг ЛЖВ, в том числе и АРТ, при ЦПБС и некоторых ЦСМ есть мультидисциплинарные команды (МКД), в их составе – врач, медицинская сестра, консультант «равный равному». МКД вплотную работают с неправительственными организациями, сотрудники которых обеспечивают социальное сопровождение ЛЖВ.

Схемы лечения ЛЖВ утверждены клиническими протоколами [2; 8; 9]. Основным принципом АРТ является предоставление комплексной помощи ЛЖВ. Текущая медицинская помощь и диспансерное наблюдение оказываются врачами «групп семейных врачей» (ГСВ), которые наблюдают за течением ВИЧ-инфекции и оценивают показания для начала АРТ совместно со специалистами отдела организации диспансерного наблюдения (ОДН) службы СПИД [1; 3; 4; 10].

Цель исследования: выявить причины низкой эффективности АРТ среди женщин ЛЖВ в Кыргызстане.

Материалы и методы

Для анализа проведен аудит медицинских карт женщин с ВИЧ-инфекцией, начавших АРТ в период с 2005 по 2013 год. Всего было обработано 326 медицинских карт пациентов, находящихся на учете в Республиканском центре «СПИД» (РЦ «СПИД»), Бишкекском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом (ГЦПБС), Ошском центре профилактики и борьбы со СПИДом (ОЦПБС), и центрах семейной медицины (ЦСМ).

Для выявления причин было проведено неформализованное интервью медицинских работников (87 человек) организаций здравоохранения (ОЗ) республики, предоставляющих медицинские услуги ЛЖВ. Для интервью был разработан вопросник, содержащий следующие вопросы: причины смены схем лечения, приверженности, наличие побочных эффектов АРВП, мониторинг эффективности проводимой терапии, взаимодействие с другими организациями, предоставляющими услуги ЛЖВ (тубдиспансер, наркодиспансер, роддом, неправительственные организации (НПО) и др.).

Результаты исследования и их обсуждение

Количество лиц, получающих АРТ, на конец 2013 года составило 952 ЛЖВ, в том числе 326 женщин. В целом по республике среди 1283 женщин с ВИЧ каждая четвертая женщина (или 25,4%) получала АРТ (табл. 1).

Таблица 1

Ситуация по АРТ среди женщин ЛЖВ КР (по годам)

Годы	Всего женщин состояли на учете	Получали АРТ	Прервали АРТ
2007	259	10	2
2008	380	25	5
2009	521	50	5
2010	653	95	9
2011	790	142	35

2012	1005	213	22
2013	1283	326	32

Оценка эффективности АРТ выявила ее низкую эффективность. Эффективность АРТ оценивалась путем определения числа CD4-лимфоцитов, вирусной нагрузки (ВН) и оценки клинических симптомов заболевания. Среди женщин ЛЖВ, получающих АРТ продолжительностью 36 и более месяцев, у 44 (77%) ЛЖВ уровень CD4 оказался ниже 500 клеток. Из 16 ЛЖВ, получающих АРТ более 5 лет, только у 4 женщин был достигнут эффект от проводимого лечения (показатель CD4 превышал 500 клеток). Одной из причин низкой эффективности АРТ, возможно, является низкая приверженность женщин ЛЖВ к АРТ. Выявлена низкая приверженность к АРТ-терапии у женщин ЛЖВ при длительном приеме препаратов (5 лет и более). Число женщин, принимающих АРВП, с каждым годом снижалось, что может быть косвенным признаком снижения их приверженности АРТ. Так, среди начавших АРТ женщин через год продолжают принимать 28%, по истечении 5 лет только 6%.

При лечении ВИЧ-инфекции приверженность – одно из важнейших условий успеха. Отклонения от режима приводят к снижению эффективности проводимого лечения. Под строгим соблюдением (высоким уровнем приверженности) подразумевается ежедневный прием всех препаратов в указанное время и в дозах на протяжении всего времени лечения согласно назначению врача, соблюдая предписания по приему жидкости и пищи. Несоблюдение режима лечения (низкий, или недостаточный уровень приверженности) имеет отрицательные последствия для пациентов, повышает риск прогрессирования болезни.

Объективный мониторинг соблюдения режима приема АРВП необходим для эффективного и результативного планирования лечения и постоянной помощи. В идеале этот показатель равняется 100%. Если пациент принял более 95% необходимого числа таблеток, считается, что он соблюдает режим терапии хорошо. Текущий контроль соблюдения режима АРТ должен проводиться медицинскими и социальными работниками.

Аудит медицинской документации показал, что только у 30% женщин, получающих АРТ, медицинские работники методом опроса оценивают уровень приверженности к АРТ, хотя при каждом посещении ЛЖВ медицинский работник должен оценить уровень приверженности путем расчета по соответствующей формуле. Только в 25% случаев в амбулаторной карте имеется оценка приверженности. Основная причина перерыва в приеме АРВП женщинами является низкая приверженность, которая составляет от 7,5% (2010) до 14,1% (2011) случаев. Также причинами прерывания являются непереносимость антиретровирусных препаратов и развитие побочных эффектов, которые не превышают 3%. Для выявления причин низкой эффективности АРТ нами проведено анкетирование

медицинских работников, предоставляющих услуги ЛЖВ. В силу того что эпидемия не имеет в Кыргызстане широкого распространения, число опрошенных специалистов было незначительно. В опросе участвовали 87 медицинских работников (врачи первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) - 65,5%, специалисты ЦПБС - 34,5%), предоставляющих медицинские услуги пациентам с ВИЧ-инфекцией. Интеграция услуг при ВИЧ-инфекции на первичный уровень организаций здравоохранения осуществлена только во всех районах Чуйской области, в трех районах Ошской области и в 5 ЦСМ г. Ош, где проживает большое количество ЛЖВ. В остальных областях услуги оказывают только ЦПБС (табл. 2).

Таблица 2

Организации здравоохранения, предоставляющие
медицинские услуги ЛЖВ

Регионы	ЦСМ	ЦПБС
Ошская область	3	1
Жалал-Абадская область		1
Баткенская область	1	1
Чуйская область	8	1
Иссык-Кульская область		1
Таласская область		1
Нарынская область		1
г. Ош	5	1
г. Бишкек		1

Со слов респондентов, центрами профилактики и борьбы со СПИДом (ЦПБС) оказываются следующие услуги по лечению и уходу ЛЖВ:

- предоставление пред- и послетестового консультирования;
- амбулаторный клинический мониторинг: общий и биохимический анализы крови (CD4, ВН, тесты на гепатит С и В), подготовка пациентов к началу АРТ при наличии критериев, предоставление АРВП, мониторинг АРТ и поддержка приверженности;
- консультирование по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья, включая контрацепцию;
- профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку;
- программы снижения вреда (программа ЗМТ, ПОШ);
- услуги по социальной поддержке (пособие, социальное сопровождение, социальные пакеты).

В ЦСМ оказываются следующие услуги по лечению и уходу ЛЖВ:

- тестирование на ВИЧ экспресс-тестом и методом ИФА;
- пред- и послетестовое консультирование для ЛЖВ;

- амбулаторный клинический мониторинг (ОАК, биохимия крови, забор крови и отправка для определения CD4, ВН);
- диагностика ТБ, ВГС, ВГВ;
- подготовка пациентов к началу АРТ (определение критериев);
- подсчет уровня приверженности АРТ;
- консультирование по вопросам планирования семьи, включая контрацепцию;
- профилактика передачи от матери к ребенку (с 14 недель беременности);
- диагностика и лечение ИППП.

Опрос медицинских работников выявил, что имеются проблемы в предоставлении услуг АРТ, которые способствуют низкому охвату АРТ всех нуждающихся женщин ЛЖВ. Более половины выявленных женщин ЛЖВ не состоят на диспансерном учете в организациях здравоохранения (ОЗ), и услуги АРТ для них недоступны, так как 34% ЛЖВ не доступны для медицинских работников, поскольку не проживают по указанному адресу (либо переехали, либо изначально указали неверный адрес), еще 24% не посещают ОЗ из-за боязни стигмы и страха раскрытия ВИЧ-положительного статуса (рис. 1).

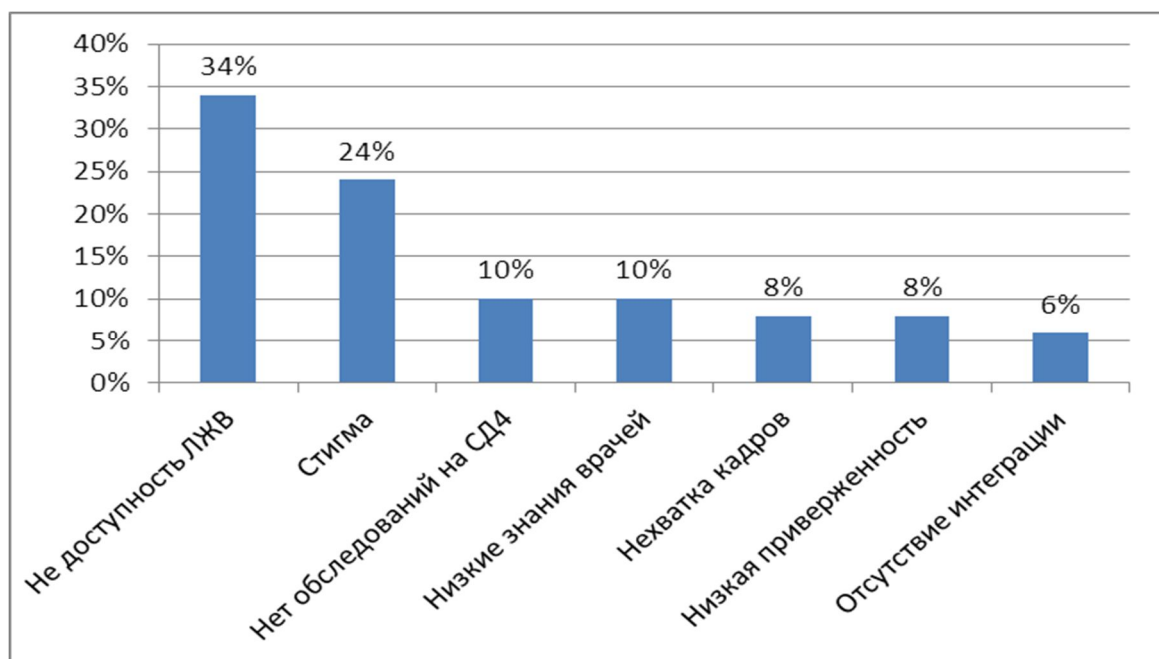


Рис. 1. Причины низкого охвата ЛЖВ услугами АРТ

Опрос медицинских работников выявил следующие факторы, снижающие эффективность АРТ у женщин. Специалисты ЦСМ/ГСВ выявляют у 52,5% пациенток, получающих АРТ, пропуски приема АРВП. Со слов медицинских работников ЦСМ/ГСВ, основными причинами пропусков в приеме АРВП являются забывчивость (у 67%), прием алкоголя и наркотических веществ (у 23%) и побочные эффекты препаратов (у 10%).

На вопрос «Осуществляется ли мониторинг эффективности АРТ и каким образом?» 74% респондентов ответили «да» и указали следующие способы: определение уровня СД4 - 60%, наличие клинических проявлений - 24% и определение вирусной нагрузки - 16%. Это свидетельствует о недостаточном уровне подготовки врачей, особенно первичного звена, для оказания услуг ЛЖВ. Хотя, по результатам опроса, 80% врачей ПМСП прошли обучение по действующим клиническим протоколам оказания услуг АРТ и ППМР. Возможно, следует обучение проводить на регулярной основе не реже одного раза в год.

При оказании поддержки ЛЖВ в выработке их приверженности АРТ, основную роль занимает консультирование пациентов медицинскими работниками при каждом визите ЛЖВ в ОЗ (89%), консультантом «равный равному» (6%). Но вместе с тем абсолютно все медицинские работники указали, что времени на полноценное консультирование не хватает. В этом плане необходима и отмечается помощь консультанта «равный равному», но, к сожалению, не во всех регионах эта помощь оказывается. Это связано с тем, что, как правило, данный специалист является сотрудником неправительственной организации (НПО). НПО, оказывающие услуги ЛЖВ, в основном работают в городах Ош и Бишкек. В ОЗ данных городов успешно трудятся мультидисциплинарные команды (МДК), где наряду с медицинскими служащими работают сотрудники НПО.

Основными препятствиями в выработке приверженности медицинские работники назвали отсутствие регулярной оценки соблюдения режима АРТ (26%) и социальные причины (24%), такие как принадлежность к лицам, употребляющих психоактивные вещества (алкоголь и наркотики), и плохое питание (рис. 2). Преимущественно это женщины - потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

Также значимыми являются такие причины, как низкий уровень знаний у женщин ЛЖВ о важности соблюдения режима АРТ (17%), состояние депрессии (16%) и внешняя и внутренняя миграция в поисках заработка (13%).

Поддержка соблюдения режима лечения является частью повседневной работы персонала, оказывающего помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. Текущий контроль соблюдения режима АРТ проводится медработниками. Ответы респондентов показали, что оценка приверженности в основном проводится методом опроса (49%), подсчетом препаратов (33%), по иммунологическим показателям и клиническим проявлениям ВИЧ-инфекции (18%) (рис. 3).



Рис. 2. Причины формирования низкой приверженности к АРТ у женщин ЛЖВ

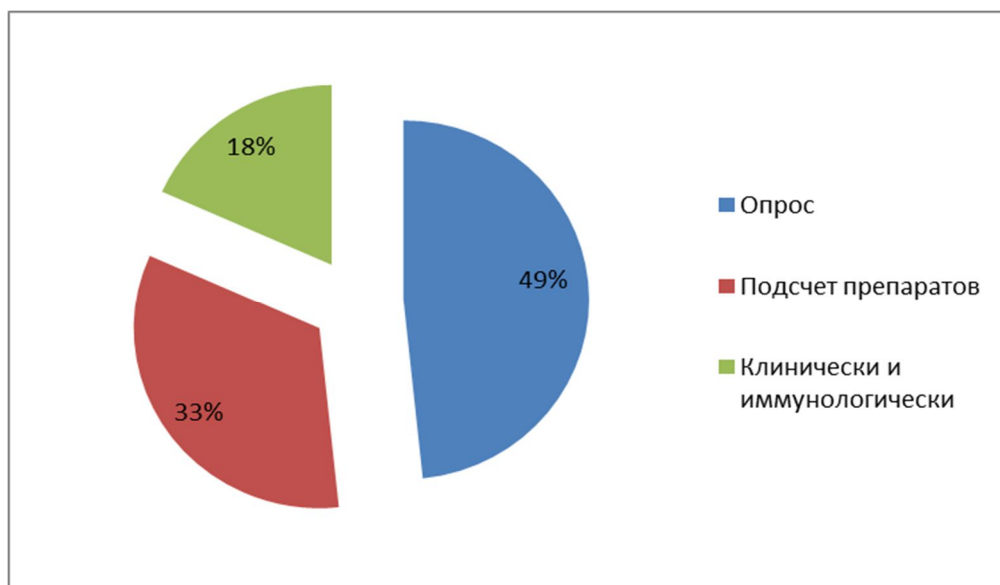


Рис. 3. Способы контроля режима приема АРТ

В заключение надо отметить, что аудит карт и опрос медицинских работников показал, что основной причиной низкой эффективности АРТ среди женщин являются: низкая информированность женщин, низкая приверженность к АРТ, депрессия, плохое питание и наличие побочных эффектов при приеме препаратов.

Проблему формирования у женщин ЛЖВ приверженности к АРТ невозможно решить только силами медицинских работников, оказывающих услуги лицам, живущим с ВИЧ-инфекцией. В связи с этим нами выработаны следующие рекомендации, которые позволят улучшить эффективность АРТ не только среди женщин, но и среди всего сообщества ЛЖВ.

1. Улучшение предоставления комплексных услуг ЛЖВ путем командного подхода с активным привлечением врачей, медицинских сестер, представителей НПО (МДК).

2. Внедрение мобильных технологий (в качестве средства напоминания соблюдения режима АРТ по повышению приверженности) с целью усиления соблюдения режима АРТ.
3. Привлечение НПО к работе с пациентами по консультированию и развитие активности ЛЖВ (повышение информированности о побочных эффектах, возможных проявлениях оппортунистических инфекций, лекарственных взаимодействиях АРВП и других лекарственных средств и т.д.).
4. Повышение кадрового потенциала специалистов, оказывающих услуги ЛЖВ (обучение на регулярной основе, дистанционное обучение и др.).

Список литературы

1. Базовая оценка по внедрению профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, тестирования и консультирования в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Кыргызстана. Оценка ведения учетно-отчетной документации // Байызбекова Д.А., Джанабилова Г.А., Киндякова О.Н. и др. / МЗ КР. – Бишкек, 2013. - 30 с.
2. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы : утв. постановлением Правительства КР № 867 от 29 декабря 2012 г. – Бишкек, 2013. – 76 с.
3. Годовой отчет о реализации в Кыргызской Республике грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией за 2013 год / ПРООН. - 70 с.
4. Касымов О.Т., Байызбекова Д.А., Нургазиева Д.Т., Тулаинова И.К., Асанжанова Н.Н., Ташбулатова Н.К., Карагулова А.Ш., Парпиева Р.Б. Изучение поведенческих стереотипов, повышающих уязвимость переселенцев (внутренних мигрантов) к ВИЧ/СПИДу и ИППП с целью разработки мероприятий по адекватному профилактическому вмешательству. – Бишкек : UNFPA, 2003. – 62 с.
5. Клинический протокол, утвержденный Приказом МЗ КР от 15 февраля 2013 года за №58.
6. Клинический протокол, утвержденный Приказом МЗ КР от 7 июня 2013 года за №327.
7. Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг.
8. Отчет по результатам экспресс-оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ в Кыргызстане / Д.А. Байызбекова, Н.Н. Сим, М.Э. Сарыбаева, А.Д. Исмаилова и др. – Бишкек, 2010. - 110 с.
9. Профилактика ВИЧ-инфекции у детей (профилактика передачи ВИЧ от матери к

ребенку). Клинический протокол / А.Д. Исмаилова, Д.А. Байызбекова, А.С. Сагинбаева, А.С. Ешхожаева, Э.А. Тоялинова; МЗ КР, ЮНИСЕФ. – Бишкек, 2012. - 28 с.

10. Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию / А.Д. Исмаилова, Д.А. Байызбекова, А. Дооронбекова и др.; МЗ КР. – Бишкек, 2013. - 163 с.