

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ,
ПО ВОПРОСАМ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ
И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Краткое пособие для равных консультантов



**Авторы: Самарин В., Мемус К., Статкевич И.
БОО «Позитивное движение»
Минск, 2024**

Консультирование людей, живущих с ВИЧ, по вопросам доступа к медицинскому наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции

Пособие подготовлено БОО «Позитивное движение» в рамках проекта «Развитие потенциала равных консультантов (социальных работников) по вопросам жизни с ВИЧ-инфекцией», реализуемого при поддержке Объединённой Программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС).

Основная цель данного пособия состоит в определении единого подхода к консультированию равными консультантами по вопросам медицинского наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции в Беларуси. Отчёт включает в себя два компонента: ЧТО и КАК.

ЧТО: представлена информация о первоисточниках по вопросам медицинского наблюдения и лечения, которыми являются национальные нормативно-правовые документы, утвержденные Приказами Министерства здравоохранения.

КАК: рассматривается основной принцип помощи ЛЖВ в вопросах лечения – мультидисциплинарный подход. В пособии приведён алгоритм четырёх основных стратегий консультирования. Каждая проблема – отказ от лечения, конфликты с врачом, пропуск приёма лекарств, организация диспансерного наблюдения в другом городе – требует определённой стратегии консультирования.

Пособие предназначено для равных консультантов, работающих во взаимодействии с врачами-инфекционистами.

Комментарии по пособию принимаются на электронный адрес: movement.plus@gmail.com

ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Авторы не несут ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций третьими сторонами.

Авторы не гарантируют стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами.

Упоминание любых международных непатентованных или торговых наименований препаратов не означает, что авторы отдадут им предпочтение или, наоборот, не рекомендуют их.

Упоминание любых схем лечения в тексте ни при каких обстоятельствах не может быть использовано в качестве альтернативы консультации врача-специалиста.

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Организация диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции**
- 2. Междисциплинарный подход при организации диспансерного наблюдения**
- 3. Консультирование**
 - 3.1. Общая модель
 - 3.2. Консультация, направленная на информирование о заболевании и лечении
 - 3.3. Консультация, ориентированная на решение проблемы
 - 3.4. Консультация в технике мотивационного интервью

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. МОНИТОРИНГ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5. НАЦИОНАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ,
РЕГУЛИРУЮЩИЕ ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. БЛАНК РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
БОО	Белорусское общественное объединение
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВН	Вирусная нагрузка
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КДК	Консультативно-диспансерный кабинет
КДО	Консультативно-диспансерное отделение
КП	Клинический протокол
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛП	Лекарственные препараты
ОИ	Оппортунистические инфекции
ЮНЭЙДС	Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИД

1. Организация диспансерного наблюдения и АРТ

Диспансерное наблюдение ЛЖВ осуществляется специалистами в кабинетах инфекционных заболеваний поликлиник, консультативно-диспансерных отделениях областей (подробнее: pereboi.by, раздел «Где мой доктор?»). Диспансерное наблюдение включает в себя клиническое и лабораторное обследование, АРТ, лечение и профилактику оппортунистических инфекций. Объём и кратность лабораторного обследования, порядок назначения АРТ, выбор схемы регламентирован действующим Клиническим протоколом.

Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией»: утверждён постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2022 г. №73.

АРТ в Беларуси соответствует рекомендациям ВОЗ и предоставляется только бесплатно и только в медицинских учреждениях (**Приложение 1**). АРТ, как и остальная плановая медицинская помощь, предоставляется гражданам Республики Беларусь и лицам, имеющим вид на жительство. Для граждан Российской Федерации – также лицам, временно проживающим на территории Республики Беларусь и работающим по трудовым договорам, то есть получившим специальное разрешение на трудоустройство и разрешение на временное проживание по договору найма. Минздравом временно согласовано оказание медицинской помощи гражданам Украины, которые прибыли по гуманитарным коридорам на территорию Республики Беларусь, наравне с гражданами Республики Беларусь.

Подробнее информацию по регулированию и реализации доступа к лечению можно найти в публикуемых БОО «Позитивное движение» ежегодных отчётах. Отчеты включают в себя данные по эпидемиологической ситуации и потребностям национальных программ лечения ВИЧ-инфекции, обзор нормативно-правовой базы, регулирующей предоставление лечения ВИЧ-инфекции, анализ функционирования системы планирования закупок, распределения и предоставления лечения ВИЧ-инфекции и гепатита С и другие вопросы.

Электронные версии отчётов доступны на:

<https://pmplus.by/activities/hiv-infection/analytics/2023>

<https://pmplus.by/activities/hiv-infection/analytics/dostup-k-lecheniyu-vich-infektsii-i-gepatita-s-v-belarusi-2022-2023/>

2022 https://pmplus.by/upload/medialibrary/d40/access_to_drugs_belarus_2022.pdf

2021 https://pmplus.by/upload/medialibrary/b74/access_to_drugs_belarus_2021.pdf

2020 https://pmplus.by/upload/medialibrary/e6c/access_to_drugs_belarus_2020.pdf

2019 https://pmplus.by/upload/medialibrary/160/access_to_drugs_belarus_2019.pdf

2018 https://pmplus.by/upload/medialibrary/2d4/access_to_drugs_belarus_2018.pdf

Основные задачи обследования ЛЖВ до начала антиретровирусной терапии: определение состояния здоровья (основные показатели: число CD4 и вирусная нагрузка), выявление противопоказаний к немедленному началу АРТ в виде оппортунистических или сопутствующих заболеваний.

В условиях универсального доступа к АРТ (стратегия «лечить всех») первичное определение количества CD4 необходимо для назначения профилактики оппортунистических инфекций. Кратность обследования определяется количеством CD4 при предыдущем обследовании и наличием терапевтической ремиссии (при хорошей приверженности – 1 раз в 12 месяцев).

Контроль ВН ВИЧ необходим для определения эффективности АРТ. Сама по себе ВН не влияет на решение о начале АРТ. Желательно определить ВН при начале АРТ, чтобы иметь точку отсчёта для определения скорости её снижения. Более частый контроль ВН ВИЧ предусмотрен при начале АРТ или её возобновлении. После достижения терапевтической ремиссии (неопределяемая ВН ВИЧ на протяжении 6 месяцев и более) контроль ВН ВИЧ осуществляют 1 раз в 12 месяцев.

Частота и объём плановых обследований пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ВИЧ-инфекции, определены в Клиническом протоколе (Приложение 2).

В протоколах указана периодичность необходимых обследований:

- клинический осмотр,
- определение уровня CD4,
- определение вирусной нагрузки,
- общие лабораторные исследования,
- исследование на маркеры вирусных гепатитов,
- скрининг на туберкулёз,
- осмотр гинеколога,

- диагностика оппортунистических заболеваний.

Рекомендуемые схемы АРТ первого ряда – предпочтительные, альтернативные и приемлемые – представлены в Клиническом протоколе (Приложение 3).

Наличие АРВП не гарантирует успешного лечения. Важной стратегией формирования и поддержки приверженности является помощь пациенту при диспансерном наблюдении. Целью работы над приверженностью является сохранение схемы АРТ 1-го ряда как можно дольше. Изменение схемы терапии после неудачи схемы 1-го ряда приводит к ещё большим проблемам в соблюдении схемы лечения: большее число таблеток в сутки, побочные эффекты, возможные изменения в образе жизни и т.д.

Равный консультант должен владеть базовыми знаниями об АРВП и методами мониторинга приверженности АРТ.

Наиболее эффективный способ мониторинга приверженности АРТ – просто спросить пациента в поддерживающей и непредвзятой манере, используя открытые вопросы. Большинство пациентов правдиво рассказывают о проблемах с приёмом препаратов, когда их просто спрашивают.

Иные методы: результаты анализов, оценка врачами, подсчёт принятых таблеток (самоотчёт) и самооценка по визуальной шкале (Приложение 4).

Для получения наиболее достоверной информации: 1) пациент должен быть проинформирован, что ошибки в приёме препаратов возможны у любого, его не будут осуждать и ждут от него честного ответа; 2) необходимо проводить оценку за определённый период времени.

2. Междисциплинарный подход при организации диспансерного наблюдения

Самым эффективным подходом для формирования и поддержки приверженности лечению является ведение пациента многопрофильной командой специалистов. Применение междисциплинарного подхода в практике оказания медицинской помощи людям с хроническими заболеваниями основано на положении о том, что **психосоциальные проблемы влияют на физическое состояние, ход лечения, приверженность диспансерному наблюдению и лечению, стоимость лечения и качество жизни человека и его семьи.**

В настоящее время в Беларуси при ведении пациентов, живущих с ВИЧ, внедряется **междисциплинарная модель.**

Об утверждении инструкции о порядке организации работы консультативно-диспансерного отделения по ВИЧ-инфекции: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июля 2018 г. №715

Междисциплинарная модель работы предполагает обмен информацией и навыками между различными дисциплинами так, чтобы этот обмен был скоординирован и объединён. Для этого вводится элемент запланированного совместного участия/обсуждения, а также обучение персонала, когда профессионалы изучают основные понятия и простейшие методы воздействия в рамках их специализации. Доступ к этим расширенным ресурсам для клиентов осуществляется через представительство команды специалистов разного профиля.

При работе с клиентом междисциплинарные группы чаще всего проходят следующие этапы:

1. рассмотрение случая,
2. обмен мнениями,
3. распределение обязанностей между членами,
4. оценка ситуации и планирование вмешательства,
5. вмешательство,
6. анализ проделанной работы,
7. завершение работы.

ВРАЧ является ключевой фигурой в системе оказания помощи ЛЖВ. Все его действия в отношении пациента должны быть направлены на сохранение и обеспечение качества его жизни. Без эффективной АРТ достижение этой цели невозможно, а эффективная АРТ невозможна без высокой приверженности приёму препаратов.

Далеко не все врачи готовы вступать во взаимоотношения с пациентом, предполагающие партнёрство и информированное согласие. Многие специалисты склонны придерживаться патерналистской модели поведения: врач обладает знаниями и даёт рекомендации, пациент ничего не понимает в лечении и его задача – беспрекословно выполнять рекомендации. Такая модель продемонстрировала свою неэффективность в лечении хронических заболеваний. Модель

взаимодействия на основе информированного согласия пациента на любое, в том числе терапевтическое, вмешательство является существенно более эффективной, но при этом более затратной с позиции людских и временных ресурсов.

В обязанности врача, предоставляющего АРТ, входит разработка стратегии в области приверженности, координация работы всех сотрудников в этой сфере и мониторинг результатов.

Анализ результатов проделанной работы предельно прост: как минимум – удержание на АРТ 12 месяцев и более (индикатор ВОЗ, целевой показатель более 70%), как максимум – процент ЛЖВ, у которых была достигнута неопределяемая ВН и сохранялась таковой 6 месяцев и более (95% ЛЖВ, получающих АРТ согласно глобальной стратегии ЮНЭЙДС, ключевой индикатор ВОЗ).

Внимание! Действия равного консультанта, как и остальных членов команды, координирует врач, а не наоборот. Совмещение работы в команде и адвокация доступа к лечению – сложная задача, и это, как показывает опыт, не всегда возможно.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА является помощником врача. В зависимости от формы организации работы консультативно-диспансерного отделения и кабинета инфекционных заболеваний она может самостоятельно осуществлять выдачу препаратов и проводить консультирование пациентов даже в отсутствие врача. В большинстве случаев на неё возлагается обязанность мониторинга своевременности получения препаратов, вызова пациентов на обследования. Медицинские сёстры должны иметь базовые знания в области ВИЧ-инфекции, значения лабораторных показателей, стандартов наблюдения и лечения (национальные рекомендации), а также быть подготовлены к проведению консультирования по приверженности. Обычно на медицинских сестёр возлагается большой круг обязанностей: забор материала для лабораторного исследования, ведение разнообразной документации (журналы учёта, амбулаторные карты), заполнение электронного регистра, обеспечение соблюдения санитарно-эпидемиологических норм.

РАВНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Равное консультирование в области ВИЧ-инфекции определяется как конфиденциальный диалог между ВИЧ-положительным клиентом и консультантом, имеющим личный опыт жизни с ВИЧ, ставящий целью помочь человеку справиться со стрессом (принять собственный диагноз, снизить уровень внутренней стигмы) и принять личные информированные решения, связанные с позитивным статусом.

Базовым условием для равного консультирования является наличие у консультанта определённых личностных качеств, знание и соблюдение принципов консультирования. Личные качества консультанта в сфере ВИЧ-инфекции описываются в специализированных пособиях.

Консультант должен обладать определёнными знаниями, которые в сочетании с опытом жизни с ВИЧ позволят ему эффективно консультировать.

Основные области компетенций равного консультанта (минимальный перечень):

1. Владение навыками применения различных стратегий консультирования.
2. Понимание сути процесса *«преодоления стресса»*, чтобы, во-первых, сформировать у клиента адекватное представление о болезни, а во-вторых, найти и активизировать все имеющиеся у клиента ресурсы для установления контроля над происходящим.
3. Принимая во внимание тот факт, что *для преодоления стресса и принятия адекватных решений человеку необходимо как минимум владеть информацией о ситуации, с которой он столкнулся, равный консультант должен иметь достоверные знания о ВИЧ-инфекции и лечении.*
4. В процессе консультирования с целью сдерживания эпидемии консультанту необходимо уделить внимание навыкам позитивной профилактики (защита сексуального и репродуктивного здоровья; замедление развития иммунодефицита и улучшение здоровья; снижение риска передачи ВИЧ).
5. С целью профилактики у клиента коинфекций (гепатит, туберкулёз) необходимо предоставить необходимую информацию о них и их лечении.
6. Знать национальные протоколы диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
7. Владеть информацией о службах помощи.

Опыт жизни с ВИЧ является хорошим инструментом в достижении целей. Чтобы быть равным консультантом, необходимо обладать прежде всего определёнными личностными качествами, соблюдать принципы консультирования, иметь соответствующие знания, постоянно повышать свою компетентность и верить в возможность улучшить ситуацию.

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК проводит индивидуальную работу с пациентом, включающую в себя реализацию диагностических, информационных, обучающих, консультативных мероприятий, направленных на формирование приверженности, в том числе формирование устойчивой мотивации к диспансерному наблюдению и лечению.

Основные услуги:

- Оценка и определение готовности к приёму лекарств (знания, понимание цели лечения).
- Оценка поведенческих навыков и причин неприверженности (ежедневная рутина; семейные/социальные отношения и обязанности; планирующиеся поездки и т.д.).
- Первичная диагностика депрессии, риска суицида, тревожного расстройства.
- Выполнение в пределах компетенции и по поручению врача работы по соблюдению режима диспансерного наблюдения и своевременному обеспечению АРВП (напоминания, доставка ЛС).
- Выявление социальных проблем пациента, ухудшающих качество его жизни. Организация социального сопровождения или обеспечение связи с центром социального сопровождения.
- Сопровождение в медицинские учреждения.
- Привлечение семьи и друзей для поддержания плана лечения при наличии согласия пациента.

Социальный работник должен способствовать установлению доверительных отношений между врачом и пациентом.

Социальный работник должен хорошо знать систему оказания медицинской помощи ЛЖВ в Беларуси. В настоящее время медицинская помощь и лечение регламентированы постановлениями и приказами Министерства здравоохранения республики Беларусь (**Приложение 5**).

Главное! Становясь членом команды, оказывающей медицинскую помощь, равный консультант и социальный работник должны подчиняться требованиям субординации и соблюдать принципы деонтологии, практикуемые в учреждениях здравоохранения. Даже если равный консультант или социальный работник считает, что действия врача недостаточны/некорректны, он ни в коем случае не должен говорить об этом клиенту. Все возникающие вопросы должны решаться внутри команды. Действия равного консультанта и социального работника должны строиться на понимании того факта, что пациенту предстоит длительное взаимодействие с врачом и медицинской сестрой. Клиент должен иметь позитивную установку в отношении оказываемой ему медицинской помощи.

3. Консультирование

Консультирование ЛЖВ является неотъемлемой частью оказания помощи. Без качественного и своевременного консультирования невозможно достичь терапевтических результатов АРВП.

Консультирование – это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в решении проблем и принятии решений в различных сферах жизни (профессиональной карьеры, брака, семьи, межличностных отношений).

Таким образом, консультирование – это прежде всего диалог между людьми, находящимися в равных позициях. Цели консультирования могут быть различными в зависимости от актуальных потребностей и переживаний клиента, но есть универсальные цели:

- способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворённость жизнью, несмотря на некоторые неизбежные ограничения,
- развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями,
- обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений (распределение времени в новой ситуации, оценка последствий риска, исследование ценностей),
- развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения.

Установление доверия – основа консультирования. Важные составляющие доверительных отношений:

1. Честность.
2. Предоставление клиенту возможности описать свою ситуацию так, как он сам её видит.
3. Поддержка, эмпатия, возможность открыто обсуждать интересующие клиента вопросы.
4. «Зеркальное отражение» некоторых особенностей поведения и речи клиента.
5. Предоставление клиенту важной информации во время первой встречи.
6. Использование приёма, при котором специалист выслушивает представления клиента об имеющейся проблеме, предоставляя ему возможность выговориться, а потом делает важное замечание или задаёт нужный и своевременный вопрос.
7. Чувство надежды. Слова и поведение консультанта должны свидетельствовать о том, что и он, и другие профессионалы уже сталкивались с такими проблемами и знают, как с ними справиться.

8. Процесс консультирования может иметь разную структуру в зависимости от приоритетов и потребностей клиента, его информированности и исходных установок в отношении обсуждаемой проблемы (например, приёма АРВП). Ниже представлен **общий алгоритм четырёх наиболее целесообразных стратегий консультации**:
- общая модель,
 - консультация, ориентированная на решение проблемы,
 - консультация в технике мотивационного интервью,
 - консультация, направленная на информирование о заболевании и его лечении.

3.1. Общая модель консультирования: широкий круг проблем

БЛОК 1. Знакомство с клиентом и начало беседы

1. Первый контакт. Демонстрация доброжелательности и заинтересованности в сотрудничестве.
2. Ободрение. Желательно подбадривать клиента словами «проходите, пожалуйста», «усаживайтесь поудобнее» и т.п.
3. Небольшая пауза (45-60 секунд).
4. Собственно знакомство. «Давайте познакомимся. Как мне к вам обращаться?» После этого необходимо представиться самому.
5. Формальности. До начала собственно консультирования консультант обязан предоставить клиенту максимум информации о процессе и его важных особенностях: цель, квалификация консультанта, приблизительная продолжительность, целесообразность консультирования в данной ситуации, риск временного ухудшения психологического состояния клиента, границы конфиденциальности.
6. Начало консультации: «Какие вопросы вы хотели обсудить со мной в первую очередь?»
Поддержка.

БЛОК 2. Расспрос клиента, формирование гипотез

1. Активное слушание.
2. Принятие модели ситуации клиента в качестве временной. Консультанту не стоит вступать в споры с клиентом, тем более обличать его, ловить на противоречиях. Структурирование беседы. Побуждение к более рациональному изложению, рассуждениям. Резюме.
3. Понимание того, как клиент сам воспринимает и объясняет ситуацию (модели ситуации клиента), **без изложения на данном этапе выводов**. Формулировка нескольких гипотез в отношении модели: а) верная ли модель, б) полная ли.
4. «Критика» гипотез. Консультант задаёт клиенту вопросы, направленные на уточнение, «критику» гипотез. В результате должна остаться только одна рабочая гипотеза (основная).
5. Изложение своей гипотезы клиенту. Подчеркнуть, что соображения консультанта – пока только гипотеза (предположения).
6. Нахождение истины. Рассматриваются различные ситуации, типичные и не совсем типичные. Перед тем как приступить к следующему этапу, проблема и гипотеза (модель проблемной ситуации) должна быть сформулирована и принята обеими сторонами.

БЛОК 3. Оказание воздействия

1. Если проблема и гипотеза не соответствуют ситуации клиента, то и дальнейшая работа с клиентом (воздействие) находится под угрозой, если же наоборот (модель проблемной ситуации выбрана правильно) – то и самому клиенту будет интересно.
2. Коррекция установок клиента. Следует уделить внимание установкам, направленным на обретение спокойствия и уверенности (успокоиться или, наоборот, мобилизоваться). Установки можно принимать в виде самовнушения.
3. Коррекция поведения клиента. Помощь клиенту в формулировании возможных альтернатив обычному поведению. Анализ и критика этих альтернатив, оценка их пользы и эффективности. Выбор лучшей альтернативы. Разработка плана внедрения этой альтернативы. Тренировка шагов по применению альтернативы.

БЛОК 4. Завершение консультации

1. Подведение итогов беседы. Краткое обобщение всего произошедшего.
2. Обсуждение вопросов, касающихся дальнейших отношений клиента с консультантом или другими специалистами.
3. Прощание.

3.2. Консультация, направленная на информирование о заболевании и лечении

Данный тип консультаций лучше использовать, если у консультанта есть опасения, что клиент не придёт на повторную консультацию. Стоит последовательно рассмотреть каждый пункт плана: если у клиента уже есть знания по вопросу, необходимо переходить к следующему пункту.

1. Имунная система.
2. Жизненный цикл ВИЧ.
3. АРВП, механизм действия.
4. Цели приёма АРТ.
5. Признаки эффективности АРТ.
6. Особенности приёма АРВП.
7. Понятие приверженности.
8. Резистентность.
9. Информация о схеме лечения клиента.
10. Планирование беременности.
11. Побочные эффекты.
12. Совместимость с другими препаратами.
13. Действия при рвоте и пропуске приёма ЛС.
14. Хранение АРВП.
15. Организация приёма АРВП.
16. Правила и режим получения АРВП.
17. Сообщения об изменении состояния клиента.
18. Профилактика опасного поведения.
19. Координаты организации.
20. Обратная связь (как, где и когда клиент и консультант будут видеться).

Консультирование является самостоятельным видом помощи людям, испытывающим трудности в повседневной жизни. Иногда для преодоления трудностей достаточно одной или нескольких консультаций. Консультант может использовать различные стратегии консультирования в зависимости от проблем, с которыми столкнулся клиент, и поставленных целей. Однако часто консультанты в сфере помощи людям, затронутым ВИЧ, сталкиваются с необходимостью решения целого комплекса проблем медицинского, социально-психологического и бытового характера. Управление приверженностью также является процессом, требующим установления доверия между персоналом и клиентом, времени, регулярного мониторинга. В таких случаях целесообразно оказание помощи согласно тактике ведения случая.

3.3. Консультация, ориентированная на решение проблемы: взаимоотношения с врачом, смена режима лечения, побочные эффекты

Самая общая модель структуры такой консультации подразумевает шесть тесно связанных между собой стадий.

1. **Исследование проблем.** Необходимо внимательно выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять клиента к углублённому рассмотрению возникших у него проблем.

2. **Двухмерное определение проблем.** На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая, что он чувствует и думает в данной ситуации. Уточнение проблем ведётся до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового их понимания; в результате проблемы должны быть определены конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и на способы их решения. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то надо вернуться к стадии исследования.

3. **Идентификация альтернатив.** На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Пользуясь открытыми вопросами, консультант побуждает клиента назвать все возможные варианты, которые тот считает подходящими и реальными, помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений. Во время беседы можно составить письменный список вариантов, чтобы их было легче сравнивать. Следует найти такие альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно. Можно использовать таблицу решения проблем (**Приложение 6**).

4. **Планирование.** На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться.

Составление плана реалистичного решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы решаемы. Некоторые проблемы требуют слишком много времени; другие могут быть решены лишь частично – посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизирующего воздействия. В плане решения проблем следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения (ролевые игры, репетиция действий и др.). Постановка нереалистичных задач приведет к их невыполнению, снижению самооценки клиента и доверия к консультанту и, как следствие, к возможному прекращению дальнейшей деятельности.

5. **Деятельность.** На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учётом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, допуская возможность неудачи в достижении целей. Клиент должен понимать, что частичная неудача – не катастрофа, и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.

6. **Оценка и обратная связь.** На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень решения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. Даже минимальные результаты должны приветствоваться и вызывать одобрение. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

3.4. Консультация, ориентированная на изменение поведения (техника мотивационного интервьюирования): отказ от АРТ, плохая приверженность, лечение зависимости

1. Разговор об образе жизни клиента, стрессах и проблемах, существующих на сегодняшний день. В процессе беседы затрагиваются темы о жизни с ВИЧ, лечении. Например: «Что вас беспокоит?»

2. Разговор о здоровье и проблемном поведении, о социальной ситуации.

На данном этапе консультант непосредственно выясняет особенности восприятия клиентом проблемного поведения (например, отказ от лечения). Эта стратегия будет особенно полезна, когда консультант видит связь между поведением и проблемой. Например, клиент отказывается принимать АРТ, при этом возможные проблемы со здоровьем он ассоциирует с другими причинами (переутомление, стресс, низкое качество оказываемой ему медицинской помощи и пр.). После разговора о работе, отдыхе, увлечениях и т.д. (в зависимости от того, что будет более уместно в конкретной ситуации, о чём охотнее всего будет говорить клиент), можно задать простой открытый вопрос, например: «Какова роль ВИЧ в вашей повседневной жизни?», или «Как отказ от лечения влияет на ваше здоровье?», или «Как отказ от лечения может повлиять на ваш отдых (работу, отношения в семье и т.д.)?».

3. Рассмотрение вместе с клиентом его типичного дня (с утра и по минутам, что за чем следует).

Вначале клиенту предлагается выбрать какой-то один типичный день или типичную неделю из его жизни. После этого консультант формулирует предложение: «Интересно было бы проанализировать этот день (эту неделю и т.д.). Мы можем потратить следующие 5-10 минут, чтобы описать этот день (неделю) от начала и до конца. Что происходило, о чём вы при этом думали, что чувствовали, какую роль играл ваш статус (здоровье, лечение)? Давайте начнём с самого начала». На этом этапе основная роль консультанта заключается в задавании простых и откровенных вопросов, побуждающих клиента рассказывать и анализировать сказанное. Следует уделять внимание словам и фразам клиента относительно его отношения к тому, какие действия он делает или не делает сейчас (например, «я не чувствую себя больным, пока не начну лечение», или, наоборот, «я никогда долго не пил таблетки – не знаю, как я буду это делать на работе»). Задача данной стратегии – развить и закрепить доверительные отношения, рассказать о текущем положении дел без упоминания слов «проблема» или «ненормально», «так нельзя».

4. Обсуждение с клиентом плюсов (что хорошего) и минусов (что плохого), если он откажется от проблемного поведения (например, станет принимать таблетки).

На этой стадии клиент чётче говорит о сомнениях и опасениях в связи с проблемой. Важно удержаться от прямых вопросов и слов «проблема», «озабоченность», заявлений вроде «нужно что-то делать». Вначале стоит спросить клиента, какие позитивные моменты он находит в проблемном поведении – например, отказе от приёма таблеток. «Что даёт вам отказ от терапии?», «Что вы потеряете, если начнёте АРТ?». Стоит поддержать клиента в том, что он анализирует свою жизнь, например: «Вы много узнали о ВИЧ и лечении и наверняка знаете эти вопросы с разных сторон...» Далее стоит обсудить вариант, если клиент не начнёт лечение: «Есть ли какие-то нежелательные моменты, которые могут наступить, если вы не начнёте терапию?..» Далее необходимо суммировать всё сказанное клиентом ранее – и про хорошие, и про плохие стороны отказа от АРТ. Хороший

признак, если в конце данной стадии клиент сам открыто говорит о своём положении примерно следующее: «Я до сих пор не понимал, насколько АРТ может влиять на мою жизнь».

5. Предоставление информации, которая в будущем может помочь при обдумывании решения.

На данном этапе консультант предоставляет клиенту информацию о роли АРТ и негативных последствиях отказа от приёма.

6. Обсуждение будущего (актуализация планов, мечтаний и желаний) и настоящего (текущая жизнь и ВИЧ). Сравнение будущего и настоящего необходимо для того, чтобы зародить поводы для размышления.

Эта стратегия используется только с теми клиентами, которые хоть немного озабочены своим проблемным поведением (отказом от лечения). Прежде всего стоит побудить клиента рассказать о его представлениях о будущем (именно в контексте его стремлений и желаний). «Что в жизни является для вас самым важным?», «Что хорошего говорят о вас ваша семья, друзья, знакомые?», «Чем бы вы в идеале хотели бы заниматься через год? Через два? Через пять лет?». Необходимо подытожить сказанное клиентом о его будущем, например: «В общем, можно сказать, что вы планируете...».

Далее необходимо чётко сформулировать противоречия, указать клиенту на несовместимость жизни клиента в данный момент (отказ от терапии) с тем, как он/она хочет жить в будущем. В завершение данного этапа необходимо поддержать клиента и укрепить его способности контролировать свою жизнь.

7. Исследование вместе с клиентом опасений и проблем, беспокоящих его в связи с его проблемным поведением и изменением поведения.

Этот этап является самым важным. На основании информации об опасениях и проблемах, беспокоящих клиента в связи с его проблемным поведением, составляется план дальнейшей работы. Однако к этому этапу стоит переходить только в том случае, если у клиента есть опасения, о которых он сам рассказал. Этот этап будет преждевременным, если клиент вообще не думает об изменении своего поведения. Консультанты иногда допускают ошибку, начиная с этой стратегии, так как данный этап кажется консультанту очевидным и простым. Можно начать с вводного вопроса: «После того как мы уже многое обсудили, есть ли у вас опасения по поводу вашего отказа от лечения?» Затем необходимо подытожить сказанное, например: «То есть вы говорите, что...» Можно задать следующий вопрос: «А что ещё вас пугает (смущает, беспокоит)?» Стоит обсудить все опасения. В конце делается обобщение по всему сказанному. При этом подчёркиваются не только высказанные опасения, но и высказанные ранее выгоды (плюсы, преимущества) от проблемного поведения (отказа от лечения). Например: «Попробую обобщить то, что вы сказали. Итак, вас беспокоит, что если вы не начнёте АРТ, то ... А с другой стороны, по вашим словам, то, что вы не пьёте таблетки, позволяет вам чувствовать себя полностью здоровым, сохранить печень, избежать того, что таблетки могут увидеть другие люди... Я правильно вас понял?»

8. Сопровождение и поддержка клиента в принятии самостоятельного решения (обсуждение плана действий).

Переход на этот этап целесообразен только для тех клиентов, кто уже выражает желание принять решение по поводу изменения. С одной стороны, не нужно торопить клиента с принятием решения, с другой – принятие решения может затянуться. Если клиент не принимает решение относительно начала АРТ быстро, консультант может прибегнуть к давлению и манипуляции («А если потом тебе не хватит таблеток?», «не будешь их принимать – умрёшь» и т.д.). Данные методы часто являются единственным стимулом для принятия быстрого решения, однако следует учитывать, что они создают угрозу приверженности в будущем. Например, как только человек почувствует себя лучше, он может отказаться от приёма лекарств. Вероятно, если позволяет состояние здоровья, лучше дать клиенту время для принятия самостоятельного решения, максимально поддерживая его в этом.

Мотивационное интервью будет эффективнее, если в процессе использовать основные приёмы данной техники: открытые вопросы, отражающее слушание, подведение итогов, обобщение и поддержка. Символично, что первые буквы названий этих приёмов на английском языке образуют слово, которое на русском обозначает «вёсла» (O-A-R-S = ВЁСЛА):

- открытые вопросы (Open questions),
- поощрение и поддержка (Affirmation),
- отражающее слушание (Reflective listening),
- подведение итогов (Summarizing).

Таким образом, с помощью «вёсел» (а гребут обычно двое) консультант может помочь клиенту добраться до пункта назначения – изменения поведения.

АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Аббревиатуры классов и отдельных АРВИ

НИОТ	Нуклеозидные (нуклеотидные) ингибиторы обратной транскриптазы	EFV	Эфавиренц 600 мг
ННИОТ	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	EFV400	Эфавиренц 400 мг
ИП	Ингибиторы протеазы	EVG	Элвитегравир
ИП/б		FTC	Эмтрицитабин
ИИ	Ингибиторы интегразы	ISL	Ислатравир
ФКД (FDC)	Комбинация с фиксированной дозой (fixed-dose combination)	LEN	Ленакапавир
ЗТС	Ламивудин	LPV/г	Лопинавир/Ритонавир
АВС	Абакавир	NVP	Невирапин
АТV	Атазанавир	RAL	Ралтегравир
ZDV (AZT)	Зидовудин (Азидотимидин)	RPV	Рилпивирин
ВІС	Биктегравир	RTV (/г)	Ритонавир
САВ	Каботегравир	TAF	Тенофовир алафенамид
СОВ (/с)	Кобицистат	TDF	Тенофовир дизопроксил фумарат
DOR	Доравирин	TDX	Тенофовир дизопроксил
DRV	Дарунавир	TLD	ФКД TDF/ХТС/DTG
DTG	Долутегравир	TLE	ФКД TDF/ХТС/EFV
ETR	Этравирин	ХТС	Ламивудин (ЗТС) или эмтрицитабин (FTC)
		В/в ZDV	Раствор зидовудина для внутривенного введения

Перечень зарегистрированных^а АРВ препаратов на 15.04.2023¹

Класс	АРВП (МНН)	Торговое наименование	Форма выпуска	Производитель готовой лекарственной формы	Производитель, осуществляющий фасовку и/или упаковку	О/Г	Дата регистрации	Срок действия, до
НИОТ	TDF/FTC	Тенвир ЕМ	ТО 300/200 мг банки №30	Cipla Ltd., Индия	Академфарм ГП, РБ (упаковка)	Г	07.02.2023	Бессрочно
		Теноф-ЭМ	ТО 300/200 мг флаконы №30 и №60	Hetero Labs Ltd., Индия	Фарматех ЗАО, РБ	Г	01.03.2019	Бессрочно
		Эмтен	ТО 300/200 мг флаконы №30	Emcure Pharmaceuticals Ltd., Индия	Emcure Pharmaceuticals Ltd., Индия	Г	15.07.2021	15.07.2026
		Эмтрицитабин и тенофовира дизопроксил фумарат	ТО 300/200 мг флаконы №30, и ФС	Mylan Laboratories Ltd., Индия (ФС также Laurus)	Mylan Laboratories Ltd., Индия	Г	19.10.2022	19.10.2027
	TAF/FTC	Тафнекст-ЕМ	ТО 25/200 мг флаконы №30, и ФС	Annora Pharma Private Ltd., Индия	Hetero Labs Ltd., Индия	Г	28.02.2023	28.02.2028
	ABC/ЗТС	Лавудин-АБ	ТО 600/300 мг флаконы №30	Hetero Labs Ltd., Индия	Белалек ООО, РБ (упаковка)	Г	29.10.2018	29.10.2023
	ZDV/ЗТС	Дуовир	ТО 300/150 мг банки №60 и ФС	Cipla Ltd., Индия	Академфарм ГП, РБ (упаковка)	Г	12.06.2018	12.06.2023
		Зидолам	ТО 300/150 мг флаконы №60	Hetero Labs Ltd., Индия	Hetero Labs Ltd., Индия	Г	28.03.2023	28.03.2028
	TDF	Теноф	ТО 300 мг флаконы №30	Hetero Labs Ltd., Индия	Белалек ООО, РБ (упаковка)	Г	27.07.2021	27.07.2026
		Тенофовира дизопроксил фумарат	ФС	Laurus Labs Ltd., Индия	Ника Фармацевтика ООО, РБ	Г	24.04.2020	Бессрочно
	TAF	Тафнекст	ТО 25 мг флаконы №30, блистеры №10x3 и 10x10	Hetero Labs Ltd., Индия	Hetero Labs Ltd., Индия	Г	08.06.2021	08.06.2026
	ЗТС	Эпивир	Р 10 мг/мл во флаконах 240 мл	GlaxoSmithKline Inc., Канада	GlaxoSmithKline Inc., Канада	О	31.12.2019	Бессрочно
	ABC	Зиаген	ТО 300 мг блистеры №10x6	GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A., Польша	GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A., Польша	О	05.10.2016	Бессрочно
		Абавир	ТО 300 мг флаконы №60	Hetero Labs Ltd., Индия	Белалек ООО, РБ (упаковка)	Г	30.06.2021	30.06.2026
		Абакавира сульфат	ФС	Laurus Labs Ltd., Индия	Ника Фармацевтика ООО, РБ	Г	02.09.2020	Бессрочно
	ZDV	Ретровир	Концентрат для пригот-я раствора для инфузий 10 мг/мл - 20 мл (№5) и ФС	Glaxo Operations UK Ltd., Великобритания (ФС - Aurobindo)	Glaxo Operations UK Ltd., Великобритания	О	29.08.2019	Бессрочно
ИИ	DTG	Тивикай	ТО 50 мг флаконы №30	Glaxo Operations UK Ltd., Великобритания	Glaxo Wellcome S.A., Испания	О	10.08.2020	Бессрочно
		Долутеграви́р	ТО 50 мг контейнеры №30 и 90	Aurobindo Pharma Ltd., Индия	Aurobindo Pharma Ltd., Индия	Г	31.08.2021	31.08.2026
		Долутеграви́р	ТО 50 мг флаконы №30, и ФС	Sun Pharmaceutical Industries Ltd., Индия (ФС также Laurus)	Sun Pharmaceutical Industries Ltd., Индия	Г ^б	01.11.2022	01.11.2027
		Долутеграви́р	ТО 50 мг флаконы №30	Mylan Laboratories Ltd., Индия	Mylan Laboratories Ltd., Индия	Г ^б	30.11.2022	30.11.2027
		Теград	ТО 50 мг №30, и ФС	Hetero Labs Ltd., Индия	Hetero Labs Ltd., Индия	Г ^б	21.06.2022	21.06.2027

¹ Голобородько Н.В., Статкевич И.Е., Лосев С.С., Лапицкая Г.В., Атаманчук А.А., Федченко О.А. Доступ к лечению ВИЧ-инфекции и гепатита С в Беларуси 2022–2023: аналитический отчет. – БОО «Позитивное движение»: Минск, 2023. – 100 с.

	TDF/ЗТС/ DTG (TLD)	Телди	ТО 300/300/50 мг флаконы №30, 60, 90, 100, 180 и 750	Hetero Labs Ltd., Индия	Hetero Labs Ltd., Индия	Г ^б	31.08.2021	31.08.2026
		Телатри	ТО 300/300/50 мг флаконы №30, 90, и ФС	Sun Pharmaceutical Industries Ltd., Индия (ФС также Hetero, Laurus, Shanghai Desano)	Sun Pharmaceutical Industries Ltd., Индия	Г ^б	29.06.2022	29.06.2027
ННИОТ	EFV600	Эфавир	ТО 600 мг банки №30	Cipla Ltd., Индия	Академфарм ГП, РБ (упаковка)	Г	06.11.2018	06.11.2023
	TDF/FTC/ EFV600 (TLE)	Вирадэй	ТО 300/200/600 мг банки №30	Cipla Ltd., Индия	Академфарм ГП, РБ (упаковка)	Г	29.08.2019	29.08.2024
		Тенофовира дизопроксил фумарат/ Эфавиренц/ Эмтрицитабин	ТО 300/200/600 мг флаконы №30	Mylan Laboratories Ltd., Индия	Mylan Laboratories Limited, Индия	Г	16.02.2021	16.02.2026
		Тенмефа	ТО 300/200/600 мг флаконы №30	Hetero Labs Ltd., Индия	Белалек ООО, РБ (упаковка)	Г	09.03.2023	09.03.2028
	ETR	Интеленс	Т 200 мг флаконы №60	Janssen-Cilag S.p.A., Италия	Janssen-Cilag S.p.A., Италия	О	22.06.2020	22.06.2025
ИП	ATV/г	Атазор-Р	Т 300/100 мг флаконы №30, и ФС	Emcure Pharmaceuticals Ltd., Индия	Emcure Pharmaceuticals Ltd., Индия	Г	16.02.2021	16.02.2026
	LPV/г	Алувиа	ТО 200/50 мг флаконы №120, и 100/25 мг флаконы №60	AbbVie Deutschland GmbH&Co.KG, Германия	AbbVie Deutschland GmbH&Co.KG, Германия	О	23.12.2019	Бессрочно
		Лопинавир + Ритонавир	ТО 200/50 мг флаконы №120, 100/25 мг флаконы №60	Macleods Pharmaceuticals Ltd., Индия	Macleods Pharmaceuticals Ltd., Индия	Г	08.10.2019	08.10.2024
		Ритоком	ТО 200/50 мг флаконы №120, 100/25 мг флаконы №60	Hetero Labs Ltd., Индия	Белалек ООО, РБ (упаковка)	Г	16.02.2022	16.02.2027
		Орвикал-Реб	ТО 200/50 мг флаконы №120, и ФС	World Medicine A.S., Турция (ФС Arene Lifesciences Ltd., Индия)	Реб-Фарма ИПТУП, РБ (упаковка)	Г	10.10.2022	10.10.2027
		Калетра	Р (80 мг + 20 мг)/мл во флаконах 60 мл (№5)	AbbVie Inc., США	AbbVie Inc., США	О	25.08.2020	25.08.2025
	DRV	Дарунет	ТО 400 и 600 мг флаконы №60	Hetero Labs Ltd., Индия	Белалек ООО, РБ (упаковка)	Г	28.01.2021	28.01.2026
		Дарунавир этанолат	ФС	Laurus Labs Ltd., Индия	Ника Фармацевтика ООО, РБ	Г	09.11.2020	Бессрочно
RTV	Норвир	ТО 100 мг флаконы №30	AbbVie Deutschland GmbH&Co.KG, Германия	AbbVie Deutschland GmbH&Co.KG, Германия	О	06.06.2016	Бессрочно	

Примечания: ^a по данным Реестра лекарственных средств Республики Беларусь (<https://rceth.by/refbank>);

^b лицензионные генерики DTG.

Сокращения: Т – таблетки; ТО – таблетки, покрытые оболочкой; К – капсулы; Р – раствор для приёма внутрь; Г – генерические препараты; О – оригинальные препараты; ФС – фармакологическая субстанция.

МОНИТОРИНГ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ

Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией»: утверждён постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2022 г. №73 (дата вступления в силу – 11 декабря 2022 г.)

Лабораторный мониторинг эффективности АРТ

Период наблюдения	Вирусная нагрузка	Уровень CD4 лимфоцитов
До начала АРТ	Однократно перед началом АРТ ^а	1 раз в 12 месяцев или по показаниям при наличии признаков заболеваний 3-й или 4-й стадии
Перед возобновлением АРТ	Обязательно однократно при возобновлении EFV-содержащих схем, в остальных случаях – не обязательно	–
После начала АРТ или перехода на схемы последующих рядов до достижения вирусной супрессии ВИЧ ^с	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев (при CD4 >50 кл/мкл); 1 раз в 3 месяца (при CD4 <50 кл/мкл) ^б или при вторичном профилактическом лечении ОИ
После возобновления АРТ до достижения вирусной супрессии ВИЧ ^с	1 раз в 3 месяца, после возобновления EFV-содержащих схем – через 1, 3 и 6 месяцев	
На фоне АРТ после достижения вирусной супрессии ВИЧ ^с	1 раз в 12 месяцев; при появлении определяемой ВН ВИЧ консультирование по приверженности и оценка возможных лекарственных взаимодействий – контроль ВН через 3 месяца; по показаниям при появлении признаков заболеваний 3-й или 4-й стадии или неудовлетворительной приверженности лечению	1 раз в 6 месяцев (при CD4 <200 кл/мкл); ^б 1 раз в 12 месяцев (при CD4 200–500 кл/мкл); при CD4 >500 кл/мкл контроль может быть прекращён

Примечания: ^а включая проведённое при диагностическом обследовании на ВИЧ;

^б у пациентов со стойким отсутствием иммунологического ответа при вирусной супрессии на протяжении более 12 месяцев допустимо осуществлять мониторинг количества CD4 лимфоцитов 1 раз в 12 месяцев;

^с вирусная супрессия – подавление репликации ВИЧ в результате АРТ, при котором ВН ВИЧ становится ниже уровня 50 копий ВИЧ в 1 мл исследуемого образца плазмы; вирусологическая неудача лечения – невозможность достичь и поддерживать вирусную супрессию, определяется как постоянно определяемая ВН ВИЧ более 200 копий/мл в двух последовательных исследованиях с интервалом 3 месяца и более у пациента, получающего текущую схему АРТ не менее 6 месяцев.

Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией»: утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2022 г. №73

Схемы АРТ первого ряда (согласно приложению 10 к КП ВИЧ 2022)

Категории пациентов	Предпочтительные схемы 1-го ряда	Альтернативные схемы 1-го ряда	Допустимые схемы 1-го ряда
Взрослые и дети ≥10 лет	TDF/ХТС + DTG TAF/FTC + DTG TAF/FTC/BIC	TDF/ХТС + EFV 400 мг TAF/FTC + EFV ABC/ЗТС + DTG	TDF/ХТС + EFV 600 мг TDF/ХТС + ИП/6 TAF/FTC + ИП/6 AZT/ЗТС + EFV 600 мг TDF/ХТС + DOR (RPV) TAF/FTC + DOR (RPV) ЗТС + DTG
Дети ≥4 недель – <10 лет	ABC + ЗТС + DTG	ABC + ЗТС + LPV/г (ATV/г, DRV/г) TAF/FTC + DTG (BIC)	ABC + ЗТС + EFV (NVP) ABC + ЗТС + RAL AZT + ЗТС + EFV (NVP) AZT + ЗТС + LPV/г (RAL)
Новорождённые (<4 недель)	AZT (ABC) + ЗТС + RAL	AZT (ABC) + ЗТС + NVP	AZT (ABC) + ЗТС + LPV/г

Схемы АРТ второго ряда (согласно приложению 11 к КП ВИЧ 2022)

Категории пациентов	Компоненты АРТ (НИОТ-основание или третье АРВ-ЛС)		
	В схемах 1-го ряда	В предпочтительных схемах 2-го ряда	В альтернативных схемах 2-го ряда
Взрослые и дети ≥10 лет	TDF (TAF) + ХТС	AZT + ЗТС	AZT + ЗТС Схемы без НИОТ
	ABC + ЗТС	AZT + ЗТС	AZT + ЗТС Схемы без НИОТ
	AZT + ЗТС	TDF (TAF) + ХТС	ABC + ЗТС
	DTG	ATV/г (LPV/г)	DRV/г 2 DTG
	EFV (NVP)	DTG или BIC	ATV/г (LPV/г, DRV/г)
	LPV/г (ATV/б)	DTG или BIC	DRV/б
	DRV/б	DTG или BIC	ATV/г (LPV/г)
Дети <10 лет	ABC + ЗТС	AZT + ЗТС	AZT + ЗТС
	AZT + ЗТС	ABC + ЗТС	ABC + ЗТС
	DTG	LPV/г (ATV/г)	DRV/г
	LPV/г	DTG или BIC	RAL
	EFV (NVP)	DTG или BIC	LPV/г (ATV/г)

Схемы АРТ третьего ряда (согласно приложению 12 к КП ВИЧ 2022)

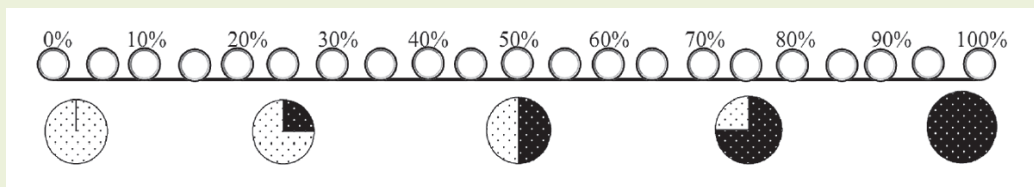
Категории пациентов	Схема 1-го ряда	Схема 2-го ряда	Схема 3-го ряда
Взрослые и дети ≥10 лет	2 НИОТ + EFV (NVP)	2 НИОТ + LPV/г	2 НИОТ + DTG (BIC) DTG + DRV/г 2 НИОТ + DRV/г
		2 НИОТ + DTG	1-2 НИОТ + ИП/6 ± 2DTG
	2 НИОТ + LPV/г	2 НИОТ + DTG	1-2 НИОТ + DRV/г ± 2DTG
		2 НИОТ + DRV/г	2 НИОТ + DTG (BIC)
	2 НИОТ + DTG	2 НИОТ + DTG	По тесту на резистентность ВИЧ
		2 НИОТ + ATV/б (LPV/г)	1-2 НИОТ + DRV/б ± 2DTG
Дети <10 лет	2 НИОТ + EFV (NVP)	2 НИОТ + LPV/г	2 НИОТ + DTG (BIC) DTG + DRV/г 2 НИОТ + DRV/г
		2 НИОТ + DTG	2 НИОТ + ИП/6 ± DTG
	2 НИОТ + LPV/г	2 НИОТ + DTG	1-2 НИОТ + DRV/г ± 2DTG По тесту на резистентность ВИЧ для детей младше 3 лет
		2 НИОТ + DRV/г	По тесту на резистентность ВИЧ
	2 НИОТ + DTG	2 НИОТ + ATV/б (LPV/г)	1-2 НИОТ + DRV/г ± 2DTG По тесту на резистентность ВИЧ для детей младше 3 лет
		2 НИОТ + DRV/б	По тесту на резистентность ВИЧ

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

БЛАНК САМООЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

1. Визуальная шкала, дата оценки: ____/____/____ (дд/мм/гггг)

В целом за последние **4 недели** сколько раз **вы приняли все** ваши лекарства, как это предписано вашим врачом? Поставьте «х» на линию снизу в точке, которая показывает, сколько лекарств вы приняли.



2. Подсчёт таблеток, дата оценки: ____/____/____ (дд/мм/гггг)

Пожалуйста, укажите, как называются таблетки, принимаемые ежедневно, количество таблеток в каждый приём, количество приёмов каждый день, и, если приходилось пропустить, какое это было количество приёмов.

Схема лечения: **бланк**

МЕДИЦИНСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ			СКОЛЬКО ПРИЁМОВ БЫЛО ПРОПУЩЕНО				ШАГ 3. Общее количество пропущенных приёмов
ШАГ 1. Название препарата	Количество таблеток в приёме	Количество приёмов в день	Вчера	Позавчера	3 дня назад	4 дня назад	
1.							
2.							
3.							
A Количество АРВП в назначении (число строк)			Для каждой строки (каждого препарата) поставьте пропущенные приёмы в ячейках, затем сумму по строкам в крайнем правом столбце. Затем заполните колонку «всего» (сумма всех пропущенных приёмов препаратов) в прямоугольнике справа				Всего пропущено приёмов C →
ШАГ 2. Количество предписанных приёмов всех АРВП в день							Всего назначенных приёмов на четыре дня B

Для персонала:

A. Количество АРВП в назначении (число строк после завершения шага 1 выше)

B. Назначенное количество приёмов за 4-дневный период (сумма в ячейках после шага 2 выше)

C. Общее количество пропущенных доз (общее число в ячейке после шага 3 выше)

D. Процент 4-дневной приверженности (%)

$[(b-c)/b] \times 100 =$

A

B

C

D

Схема лечения: **пример 1**

МЕДИЦИНСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ			СКОЛЬКО ПРИЁМОВ БЫЛО ПРОПУЩЕНО				ШАГ 3. Общее количество пропущенных приёмов
ШАГ 1. Название препарата	Количество таблеток в приёме	Количество приёмов в день	Вчера	Позавчера	3 дня назад	4 дня назад	
1. Дуавир	1	2	0	1	0	0	1
2. Эфавир	1	1	0	0	0	0	0
А Количество АРВП в назначении (число строк) - 2			Для каждой строки (каждого препарата) поставьте пропущенные приёмы в ячейках, затем сумму по строкам в крайнем правом столбце. Затем заполните колонку «всего» (сумма всех пропущенных приёмов препаратов) в прямоугольнике справа				Всего пропущено приёмов С 1
ШАГ 2. Количество предписанных приёмов всех АРВП в день 2+1=3			3	3	3	3	Всего назначенных приёмов на четыре дня В 3+3+3+3=12

Для персонала:

А. Количество АРВП в назначении (число строк после завершения шага 1 выше)

В. Назначенное количество приёмов за 4-дневный период (сумма в ячейках после шага 2 выше)

С. Общее количество пропущенных доз (общее число в ячейке после шага 3 выше)

Д. Процент 4-дневной приверженности (%)

$$[(b-c)/b] \times 100 =$$

А 2

В 12

С 1

$$D[(12-1)/12] \times 100 = 92\%$$

Схема лечения: **пример 2**

МЕДИЦИНСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ			СКОЛЬКО ПРИЁМОВ БЫЛО ПРОПУЩЕНО				ШАГ 3. Общее количество пропущенных приёмов
ШАГ 1. Название препарата	Количество таблеток в приёме	Количество приёмов в день	Вчера	Позавчера	3 дня назад	4 дня назад	
1. Акриптага	1	1	0	1	0	0	1
А Количество АРВП в назначении (число строк) - 1			Для каждой строки (каждого препарата) поставьте пропущенные приёмы в ячейках, затем сумму по строкам в крайнем правом столбце. Затем заполните колонку «всего» (сумма всех пропущенных приёмов препаратов) в прямоугольнике справа				Всего пропущено приёмов С 1
ШАГ 2. Количество предписанных приёмов всех АРВП в день 1			1	1	1	1	Всего назначенных приёмов на четыре дня В 1+1+1+1=4

Для персонала:

А. Количество АРВП в назначении (число строк после завершения шага 1 выше)

В. Назначенное количество приёмов за 4-дневный период (сумма в ячейках после шага 2 выше)

С. Общее количество пропущенных доз (общее число в ячейке после шага 3 выше)

Д. Процент 4-дневной приверженности (%)

$$[(b-c)/b] \times 100 =$$

А 1

В 4

С 1

$$D[(4-1)/4] \times 100 = 75\%$$

НАЦИОНАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ,
РЕГУЛИРУЮЩИЕ ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ²

Организация помощи ЛЖВ

- О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека: Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. №345-З (с изменениями и дополнениями). <http://kodeksy-by.com/download.php?id=2545>
- О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. №28 (Подпрограмма 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции»). <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C22100028>
- Об утверждении инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2017 г. №93. <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21732603>
- Об утверждении инструкции о порядке организации работы консультативно-диспансерного отделения по ВИЧ-инфекции: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июля 2018 г. №715. <http://pmlplus.by/press-room/news/715.pdf>
- Об утверждении инструкции о порядке организации оказания противотуберкулёзной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июня 2018 г. №573. <http://grodnoutub.by/assets/files/glavnyj-vneshtatnyj/prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-respubliki-belarus-ot-04.06.2018-n573-instrukciya-po-organizacii-protivotuberkuleznoj-pomoshhi-pacientam-s-vich-infekciej.pdf>
- Об утверждении Положения о порядке мониторинга проведения антиретровирусной терапии пациентов с ВИЧ-инфекцией, медикаментозной профилактики передачи ВИЧ от матери к ребёнку, постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 ноября 2012 г. №1359. <http://goicb.by/wp-content/docs/new/MZRB-Prikaz-2012-11-16-1359.pdf>
- О совершенствовании работы республиканского регистра пациентов с ВИЧ-инфекцией: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2019 г. №459. https://belcmt.by/docs/Registry%20Statement_HIV.pdf

Лечение ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний

- Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией»: утверждён постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2022 г. №73. <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W22239094p>
- Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с туберкулёзом (взрослое, детское население)»: утверждён постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 апреля 2019 г. №26. [http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/КП%20Диагностика%20и%20лечение%20пациентов%20с%20туберкулёзом%20\(взрослое,%20детское%20население\)%2004.04.2019%20№26.pdf](http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/КП%20Диагностика%20и%20лечение%20пациентов%20с%20туберкулёзом%20(взрослое,%20детское%20население)%2004.04.2019%20№26.pdf)
- Об утверждении клинического протокола «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июня 2018 г. №59. <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21833281p>

² Голобородько Н.В., Статкевич И.Е., Лосев С.С., Лапицкая Г.В., Атаманчук А.А., Федченко О.А. Доступ к лечению ВИЧ-инфекции и гепатита С в Беларуси 2022–2023: аналитический отчёт. – БОО «Позитивное движение»: Минск, 2023. – 100 с.

Решение проблемных ситуаций: рабочая таблица

Данная таблица может быть использована при работе над решением актуальных проблем клиента. Спектр проблем может быть различным: отказ от лечения, отсутствие места жительства, трудность в получении препаратов, употребление наркотиков и лечение АРТ и т.д.

Ход работы:

— Консультант и клиент формулируют проблему, над которой будут работать. При этом важно сформулировать одну проблему и максимально чётко, чтобы она звучала как решаемая. Например, плохим вариантом является формулировка «я не могу начать лечение», хорошим – «я не могу начать лечение, т.к. боюсь, что не смогу пить таблетки при активном употреблении наркотиков». Сформулированная проблема записывается в соответствующее поле.

— Консультант и клиент записывают все возможные варианты решения. Записываются все варианты, которые указывает клиент, даже если они не являются адекватным решением. Например, «не начинать лечение».

— Далее рассматриваются сильные и слабые стороны каждого варианта. Сначала записываются все преимущества, названные клиентом, затем формулируются слабые стороны решения. В результате данной процедуры клиент должен сам прийти к выводу, что не все названные им решения являются адекватными, реалистичными.

— В конце консультации клиент выбирает один из вариантов решения. Если клиент выбрал неадекватный способ решения, стоит уделить внимание информированности клиента по данной проблеме.

— Необходимо указать шаги по реализации выбранного варианта решения проблемы.

1. В чём заключается моя проблема?		
2. Варианты решения / идеи:	3. Сильные и слабые стороны	
	Сильные стороны (почему это можно считать хорошей идеей)	Слабые стороны (препятствия; почему это следует считать неудачной идеей)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Лучший вариант № _____

Шаги по претворению в жизнь лучшего варианта:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Источники:

Василенко А.И., Статкевич И.Е. Приверженность лечению у людей, живущих с ВИЧ: пособие для консультантов. – БОО «Позитивное движение»: Минск, 2019. – 72 с.

Голобородько Н.В., Статкевич И.Е., Лосев С.С., Лапицкая Г.В., Атаманчук А.А., Федченко О.А. Доступ к лечению ВИЧ-инфекции и гепатита С в Беларуси 2022–2023: аналитический отчёт. – БОО «Позитивное движение»: Минск, 2023. – 100 с.