Содержание

# Введение

# .Содержание АРВТ

# .Основные проблемы, связанные с приверженностью АРВТ

# Заключение

# Список использованной литературы

# Введение

Актуальность темы исследования. Антиретровирусная терапия на сегодняшний день представляет собой эффективный способ подавления активности ВИЧ. АРВТ позволяет на неопределенно долгий срок продлить жизнь инфицированному ВИЧ человеку. Однако полностью удалить вирус из организма невозможно, в связи с чем пациент нуждается в пожизненном приеме препаратов. Другая проблема, связанная с АРВТ, - резистентность ВИЧ. Причем, как показала мировая практика работы с больными, основная причина развития устойчивости вируса - нерегулярный прием дозировок АРВТ, то есть низкая приверженность лечению. Для эффективного подавления репликации ВИЧ необходимо принимать не менее 95% назначенных дозировок препаратов. В то же время известно, что такая высокая приверженность АРВТ пациентами без дополнительных вмешательств достигается редко.

Очевидно, что для проведения работы по повышению приверженности пациента АРВТ необходимо знание факторов, оказывающих на нее влияние. Большой интерес для изучения представляют индивидуально-обусловленные, связанные непосредственно с самим пациентом, факторы формирования приверженности лечению. Именно они менее всего изучены, однако с ними, предположительно, связан существенный потенциал повышения эффективности специфического лечения.

Целью исследования является анализ основных проблем приверженности антиретровирусной терапии. В соответствии с поставленной целью задачи исследования включают:

. Определение понятия «антиретровирусная терапия» и характеристику современного представления об АРВТ;

. Определение состояния приверженности АРВТ в настоящее время.

# 1.Содержание АРВТ

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ или ВАРТ) - метод терапии вируса иммуннодефицита человека, состоящий в приёме трёх или четырёх препаратов в противоположность монотерапии (1 препарат), применявшейся ранее.

Одной из проблем подавления вируса иммуннодефицита человека является его высокая мутагенность, то есть способность варьировать свою РНК и таким образом вырабатывать жизнеспособные мутации даже в неблагоприятных условиях. Основой ВААРТ является метод применения трёх препаратов одновременно для подавления различных стадий развития вируса. Применение трёх и более препаратов позволяет эффективно подавлять не только имеющуюся в организме разновидность вируса, но и его естественные мутации.

Комбинация препаратов собирается из трёх или четырёх компонентов. По принципу действия все компоненты делятся на следующие группы: ингибиторы обратной транскриптазы трёх видов - нуклеозидные, ненуклеозидные и ингибиторы протеазы. В последнее время ведутся активные испытания ещё одного перспективного вида, называемого ингибитором слияния.

Вирус может выработать устойчивость к определенному препарату, если он принимается нерегулярно или в недостаточных дозах. Такую устойчивость принято называть резистентностью. Существуют штаммы (разновидности) вируса, резистентные к препаратам того или иного класса; мутации резистентности постепенно накапливаются - резистентные штаммы становятся более распространёнными. Если пациент инфицирован штаммом ВИЧ, устойчивым по отношению к препаратам нескольких классов, подобрать эффективный вариант ВААРТ и тем самым отложить наступление стадии СПИДа становится очень затруднительным.

Стадия и риск прогрессирования ВИЧ-ннфекцин. определенные на основании имеющихся в настоящее время или перенесенных в прошлом тяжелых оппортунистических заболеваний и заболеваний, входящих в определение стадии СПИДа, количества лимфоцитов CD4 и уровня РНК ВИЧ в плазме крови (вирусной нагрузки)

Доступность лекарственных форм антиретровирусных препаратов, пригодных для применения у детей, их вкусовые свойства, наличие фармакокинетических данных для конкретной возрастной группы, позволяющих назначить правильную дозу препарата

Для выбранной схемы терапии следует оценить ее потенциальную эффективность, сложность приема препаратов (например, количество приемов препаратов в течение суток, наличие зависимости от приема пищи или жидкости, особые требования к составу пищи), а также возможные побочные эффекты, как появляющиеся сразу на фоне терапии, так и отдаленные

Наличие сопутствующего заболевания, которое может повлиять на выбор антиретровирусных препаратов, например, туберкулеза, гепатита В или С, хронического заболевания почек или печени (например, рифампин в значительной степени снижает концентрацию невирапина и большинства ингибиторов протеазы: на фоне вирусного гепатита повышается риск гепатотоксичных побочных эффектов нуклеозидных и ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы; у пациентов с тяжелым поражением печени или почек может потребоваться снижение доз антиретровирусных препаратов, в зависимости от путей метаболизма и выведения)

Возможные лекарственные взаимодействия антиретровирусных препаратов с другими медикаментозными средствами, которые необходимы ребенку

Возможности лица, ухаживающего за ребенком, и самого ребенка соблюдать режим приема препаратов под непосредственным наблюдением педиатра, специализирующегося на лечении ВИЧ-инфекции, в ином случае лечащим врачам следует изыскивать любые возможности привлечения таких специалистов в качестве консультантов и руководствоваться их рекомендациями.

Было показано. что высокоактивная антнретровирусная терапия (ВААРТ) замедляет прогрессирование заболевания и улучшает показатели выживаемости у ВИЧ-инфицированных взрослых и детей.

С помощью рандомизированных клинических испытаний с участием взрослых пациентов было доказано, что антнретровирусная терапия, начатая на симптоматических стадиях ВИЧ-инфекции, когда количество лимфоцитов не превышает 200 мкл\*. в значительной степени снижает показатели заболеваемости и смертности однако оптимальные сроки начала ВААРТ у ВИЧ-инфицированных с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции и количеством лимфоцитов более 200 мкл\* до сих пор не определены. Исследования, в которых проводилось сравнение ранней и отсроченной монотерапии эндовудином у взрослых и детей с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции, не выявили отдаленных преимуществ раннего начала монотерапии эидовуднном. Однако пока не были проведены исследования, в которых бы сравнивались группы раннего и отсроченного начала лечения с применением существующих на сегодняшний день значительно более эффективных схем терапии.

Аргументами в пользу раннего начала ВААРТ служат следующие утверждения: ВИЧ-инфекция характеризуется прогрессирующим течением; чем меньше вирусная нагрузка на момент начала лечения, тем легче добиться ее снижения до желаемого уровня н удерживать ее на этом уровне; подавление репликации вируса прежде, чем он начнет интенсивно размножаться и мутировать, может снизить вероятность развития резистентности вируса к антиретровнрусным препаратам; раннее начало терапии может предотвратить разрушение иммунной системы. Аргументы в пользу отсроченного начала терапии у взрослых включают относительно низкий риск клинического прогрессировання ВИЧ-инфекции на ранней стадии (отсроченное начало лечения позволяет зарезервировать максимальное число вариантов схем APT на будущее); невозможность полного излечения и неизвестная продолжительность сохранения вирусологического ответа на проводимую терапию; сложности соблюдения режима ВААРТ и появление устойчивых к лекарственным препаратам вирусных штаммов при недостаточном соблюдении режима терапии; побочные эффекты антиретровирусных препаратов, информация о которых постоянно пополняется.

В действующих рекомендациях о начале антиретровирусной терапии у взрослых, которые также применимы к половозрелым подросткам (стадия V по Таннеру) говорится, что ВААРТ следует начинать всем взрослым с симптоматическим течением ВИЧ-инфекции (на стадии СПИДа или при наличии тяжелых симптомов). При бессимптомном течении ВИЧ-инфекции или при наличии легких или умеренных симптомов заболевания показанием к ВААРТ служит количество лимфоцитов менее 200 мкл\*.

Многие врачи считают, что пациентам, у которых отсутствуют клинические симптомы, а количество лимфоцитов находится в диапазоне от 200 до 350 мкл\*, необходимо предлагать начать лечение, хотя эта точка зрения продолжает оспариваться. Результаты обработки данных Многоцентрового когортного исследования СПИДа (Multiceuter AIDS Cohort Study) показали, что, хотя риск наступления стадии СПИДа у нелеченых взрослых с количеством лимфоцитов CD4 от 200 до 350 мкл\* составил 39%, он зависел от уровня РНК ВИЧ в плазме крови и был относительно низким (4%) при вирусной нагрузке <20000 копий мл. Поэтому некоторые клиницисты предпочитают отложить начало терапии у пациентов с таким количеством лимфоцитов CD4 и ограничиться наблюдением, включающим частое определение количества лимфоцитов CD4 и уровня РНК ВИЧ в плазме крови.

К лечению взрослых с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции, у которых количество лимфоцитов превышает 350 мкл\*, существует два подхода - консервативный и агрессивный. При агрессивном подходе к терапии лечение рекомендуется назначать тем пациентам с количеством лимфоцитов CD4 выше 350 мкл\*, у которых уровень РНК ВИЧ в плазме крови превышает 55 000 копий мл. При консервативном подходе к терапии уровень РНК ВИЧ в плазме крови выше 55 000 копий мл служит показанием только к увеличению частоты определения показателей количества лимфоцитов и вирусной нагрузки.

Следует рассматривать возможность начала терапии у взрослых на стадии острой ВИЧ-инфекции, хотя рекомендация начинать лечение в данных обстоятельствах основывается лишь на теоретических соображениях и не подкреплена результатами клинических исследований. Во время острой ВИЧ-инфекции наблюдаются очень высокие уровни вирусной репликации, происходит распространение вируса по всему организму и начинается разрушение Т-лимфоцитов. Аргументы в пользу начала терапии на стадии первичной инфекции включают снижение количества инфицированных клеток; сохранение или восстановление специфического иммунного ответа на ВИЧ; сохранение функции иммунной системы; возможно, замедление прогрессировання заболевания за счет установления более низкой «равновесной точки» вирусной нагрузки.

При назначении антиретровирусных препаратов детям особенно важно устранить все проблемы, препятствующие соблюдению режима приема препаратов. Антиретровирусная терапия наиболее эффективна у пациентов, ранее не получавших антиретровирусные препараты, в организме которых еще нет штаммов, устойчивых к лекарственным препаратам. Резистентность к препаратам формируется очень быстро, если концентрация лекарственного препарата в плазме крови не достигает терапевтического уровня (что может быть обусловлено либо назначением препарата в недостаточной дозе, либо недостаточным соблюдением режима терапии). От степени соблюдения режима приема антиретровирусных препаратов непосредственно зависят вирусологический, иммунологический и клинический ответы на терапию; по данным некоторых исследовании, включая исследование с участием детей, для постоянного подавления репликации вируса требуется прием не менее 90-95% назначенных доз препаратов.

# 2.Основные проблемы, связанные с приверженностью АРВТ

Приверженность, или соблюдение режима лечения, означает прием лекарств в строгом соответствии с предписаниями врача: в указанное время, в назначенной дозировке и в соответствии с требованиями, касающимися приема пищи. Необходимо выработать определенный режим дня, которому можно было бы следовать на протяжении длительного периода времени. Лечение ВИЧ-инфекции может усложнить привычный распорядок жизни.

В первые недели лечения самым важным вопросом должен стать правильный прием препаратов. В понятие «приверженности» к лечению входит также регулярность посещения врача. Необходимость внимательно следить за состоянием здоровья не исчезает после начала лечения. Важно принимать лекарства строго по графику. Максимально допустимым отклонением обычно считается один час от предписанного времени приема лекарств в ту или иную сторону. В некоторых случаях допустимы и несколько большие отклонения, но это вопрос сугубо индивидуальный и зависящий от вида лекарств. Поэтому вам лучше ориентироваться на ежедневный прием лекарств в одно и то же, строго установленное время.

Очень важно соблюдать условия, связанные с приемом пищи. Их несоблюдение может многократно снизить действенность лекарства, поскольку оно будет плохо усвоено вашим организмом. Как следствие, увеличится и риск развития лекарственной устойчивости.

Наиболее существенная проблема - недостаточная приверженность АРВТ в РФ. В настоящее время данных о приверженности пациентов АРВТ в РФ, полученных в научных исследованиях крайне мало. Немногочисленные существующие исследования свидетельствуют о недостаточной приверженности пациентов лечению. Аналогичные выводы можно сделать на основании косвенных данных, свидетельствующих о низкой эффективности существующих методов предоставления АРВТ в Российской Федерации. Так, например, о неэффективности программ предоставления АРВТ свидетельствует сохраняющийся рост числа пациентов, умерших от СПИДа.

Проблема низкой приверженности лечению имеет под собой целый ряд оснований, среди которых можно выделить следующие:

) Недостаточность охвата пациентов (недостаточное привлечение пациентов);

О недостостаточности охвата свидетельствуют данные о росте числа пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции 4Б, 4В, 5 среди впервые выявленных пациентов. Эти же данные могут свидетельствовать о низкой информированности пациентов и о низкой привлекательности центров СПИД для потенциальных клиентов. Данный вопрос требует дополнительного изучения.

) Низкий уровень информированности пациентов, распространенность мифов и ложных убеждений;

Население в РФ имеет очень низкий уровень знаний по ВИЧ-инфекции (достоверных научных данных нет, требуются исследования). Большинство населения, включая многих из тех, кто инфицирован ВИЧ, не имеют представления о том, что такое АРВТ. Вследствие этого, люди не считают нужным обращаться в центры СПИД, даже зная о наличии ВИЧ-инфекции. Кроме того, низкий уровень осведомленности о наличии терапии поддерживает фаталистический подход к ВИЧ-инфекции, еще более снижая мотивацию населения на тестирование и консультирование по ВИЧ-инфекции.

) Недостаточная работа по формированию и поддержанию приверженности;

Целый ряд взаимосвязанных проблем приводит к тому, что работа по формированию и поддержанию приверженности проводится на недостаточном уровне или не проводится вовсе. В некоторых центрах СПИД работа по формированию приверженности полагается излишней. Во многих случаях понимание роли СПИД-центра сводится к оказанию медицинских услуг (в самом узком значении) и выдаче препаратов.

) Медицинские и парамедицинские работники, вовлеченные в систему оказания помощи ВИЧ-положительным пациентам зачастую не имеют достаточных знаний и навыков по консультированию людей, живущих с ВИЧ.

Консультирование, как процесс информированного и осознанного принятия пациентом решения при поддержке специалистов, зачастую подменяется прямым врачебным назначением - т.н. «патерналистский подход». В то же время, известно, что эффективность патерналистского подхода, как способа повышения приверженности крайне низка. В исследовании, проведенном среди пациентов, получающих долгосрочную терапию для лечения хронических заболеваний, было установлено, что через 6 месяцев более половины пациентов самостоятельно прекращают лечение, если терапия была назначена без консультирования.

) Отсутствие системы оказания многосторонней помощи, комплексного решения проблем;

Пациенты, нуждающиеся в антиретровирусной терапии, очень часто нуждаются в других видах помощи. Зачастую, эти потребности бывают важнее, либо напрямую препятствуют получению АРВТ. Среди наиболее часто встречающихся проблем следует отметить: проблему химической зависимости (чаще алкогольной и/или наркотической), сопутствующие инфекции (чаще всего - хронические вирусные гепатиты и/или туберкулез), отсутствие документов, низкий уровень дохода, отсутствие поддержки в окружении.

) Перебои в обеспечении пациентов антиретровирусной терапией.

Имевшие место в ряде регионов РФ перебои в обеспечении антиретровирусной терапией привели к снижению доверия пациентов СПИД-центрам.

Оценить предполагаемые последствия низкой приверженности в настоящее время не представляется возможным, поскольку нет достоверных сведений о распространенности резистентных штаммов ВИЧ.

Другая проблема - неоднородность ситуации по ВИЧ-инфекции в регионах РФ и проблема стандартизации лечения.

В силу ряда причин ситуация по ВИЧ-инфекции существенно отличается в различных регионах РФ. Так, число людей, живущих с ВИЧ, может колебаться от нескольких сотен, до нескольких десятков тысяч; количество нуждающихся в специфическом лечении варьирует в диапазоне такого же порядка. Объем и качество предоставляемой помощи так же существенно разняться в разных регионах.

Существующий в настоящее время стандарт предоставления помощи не учитывает региональных особенностей ситуации по ВИЧ-инфекции, что является причиной для:

· Невыполнения стандарта;

· Формализации его выполнения, за счет снижения качества оказания помощи (форсированные кампании по назначению АРВТ или необоснованные задержки с выдачей препаратов, необоснованные смены схемы лечения и другие проявления формализации).

Основным недостатком существующего стандарта является его системный подход при отсутствии механизмов реализации на индивидуальном уровне - т.н. «протоколов диагностики и лечения».

Также важна и проблема неадекватности качества предоставляемой помощи и отсутствие механизмов контроля качества услуг в сфере ВИЧ-инфекции. В настоящее время в РФ отсутствует система контроля качества услуг, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ (как медицинских и парамедицинских, включая психологическую, социальную, юридическую помощь, услуги равного консультанта и другие).

Имеющиеся механизмы контроля функционирования системы предоставления помощи не затрагивают качество услуг, и в основном фокусируются на контроле формализованных показателей (количество тестов, количество выданных препаратов, доля каждой из оказанных услуг и т.п.). Существующие механизмы контроля не учитывают мнения конечных потребителей услуг, и, зачастую, являются «замкнутыми» - то есть, механизмы оценки и ее результаты не подвергаются ни широкой огласке, ни сторонней экспертной оценке.

Следствием этого становится:

· Неадекватность качества предоставляемого сервиса, сведение объема помощи к сугубо медицинским процедурам и выдаче препаратов;

· Формализация оказания услуг, снижение эффективности лечебно-профилактических программ;

· Отсутствие возможности развития и совершенствования системы;

· Создание предпосылок для различного рода злоупотреблений;

· Формирование основ для неоднородного предоставления помощи, и, как следствие - допущение дискриминации пациентов.

Наконец, проблема первичной резистентности ВИЧ. В настоящее время нет достоверных данных о распространенности устойчивых штаммов ВИЧ на территории РФ. Предполагается, что ситуация будет не однородной по регионам. Учитывая продолжительность применения АРВТ и низкий уровень приверженности лечению, не исключено, что в некоторых регионах уровень первичной устойчивости ВИЧ может достигать 5% и более.

# Заключение

Антиретровирусная терапия (АРВТ) - лечение ВИЧ-инфекции, благодаря которому это заболевание перешло из разряда смертельных в разряд хронических. АРВТ подавляет размножение ВИЧ, но не удаляет его из организма. Способов удалить ВИЧ из организма на сегодня не существует, но, возможно, они появятся в будущем.

Цели АРВТ

. Вирусологическая. Заключается в том, чтоб остановить размножение вируса в организме.

. Иммунологическая - восстановление иммунной системы. Когда вирусная нагрузка снижается, организм получает возможность постепенно восстановить количество CD4 лимфоцитов и, соответственно, адекватный иммунный ответ.

. Клиническая - увеличение продолжительности и качества жизни ВИЧ-положительного.

Принципы АРВТ

· Своевременное начало лечения (при уровне CD4 клеток не ниже 350 в мкл\*)

· Постоянный прием комплекса препаратов (минимум три препарата из двух разных классов)

· Приверженность лечению

В ходе исследования были выявлены основные проблемы приверженности АРВТ:

· проблема низкой приверженности лечению;

· проблема неадекватности качества предоставляемой помощи и отсутствие механизмов контроля качества услуг в сфере ВИЧ-инфекции;

· неоднородность ситуации по ВИЧ-инфекции в регионах РФ и проблема стандартизации лечения;

· проблема первичной резистентности ВИЧ.

# Список использованной литературы

лечение антиретровирусный препарат иммунодефицит

1. Анохин В.А. Проблема приверженности лечению в современной медицине // Практическая медицина. - 2005. -№5(14). - С. 26-28.

. Анохин В.А., Бикмухаметов Д.А.и др. Влияние индивидуальных особенностей пациента на приверженность антиретровирусной терапии //Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД в Российской Федерации. Информационный бюллетень. - 2006. - №2. - С. 6-11

. Антиретровирусная терапия: вопросы приверженности лечению /Д.А.Бикмухаметов, В.А.Анохин, Г.Р.Хасанова, О.А. Назарова //Инфекционные болезни. - 2007. - №2, т.5. - С. 48-54.

. Головин Е.В., Назарова О.А. Факторы, влияющие на приверженность антиретровирусной терапии // Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД в Российской Федерации. Информационный бюллетень. - 2006. - №1. - С. 8-11

. Пути оптимизации и повышения качества медицинских услуг, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ, в СПИД-центрах российской федерации. Отчет о результатах социологического исследования. Фонд развития межсекторного социального партнерства, Москва, 2009.