

уровень ТГ не претерпел изменений. В группе, получающей кандесартан, отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня ИРИ через 30, 60, 90 и 120 минут после пероральной нагрузки глюкозой, ИРИ натощак и уровни ТГ остались прежними ($p > 0,05$). На рисунке 1 представлена динамика ИРИ на фоне терапии в группе кандесартана и бисопролола.

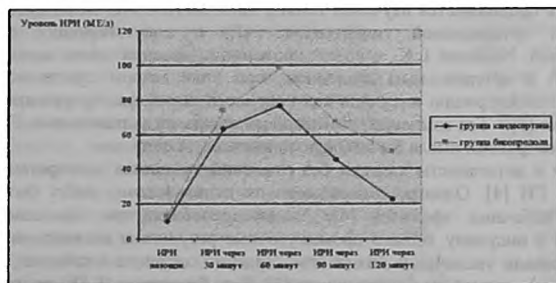


Рисунок 1

Полученные нами данные свидетельствуют о рациональности использования блокаторов АТ₁-рецепторов для лечения пациентов с АГ I степени и гиперинсулинемией без нарушения углеводного обмена.

ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT ISSUES IN PATIENTS WITH HYPERINSULINEMIA

Kanukova A.A., Smolenskaya O.G., Kuryndina A.A.

Lately arterial hypertension (AH) is considered in the context of metabolic syndrome and relation with compensatory hyperinsulinemia (HI) was shown. Objective was to estimate frequency of HI detection in patients with AH and normal glycemic level; different kinds of HI. 68 patients investigated with essential AH, normal glucose tolerance test; levels of immunoreactive insulin (IRI) and fasting glucose were measured. Patients with AH have statistically higher levels of IRI and area under insulin curve compared with control group; 84,4% of patients with AH+HI showed increased insulin AUC.

СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЗАКЛЮЧЕННЫМ

Конышева Т.В.¹, Ножкина Н.В.¹, Подымова А.С.²

¹ ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, ² ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Согласно принципам ВОЗ, ВИЧ-инфицированные заключенные должны обеспечиваться полноценной качественной медицинской помощью наравне с другими членами общества [1]. В Свердловской области более 4000 лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), находятся в местах заключения, почти у трети из них диагностирована стадия вторичных заболеваний, требующая антиретровирусной терапии (АРВТ) [2].

Цель исследования – оценить эффективность новых организационных форм обеспечения преемственности в проведении антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным осужденным в условиях заключения и после освобождения.

Материалы и методы

Методом ретроспективного и текущего наблюдения выполнен медико-статистический анализ первичных и отчетных данных Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний России по Свердловской области (ГУФСИН) и Свердловского

областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (ОЦ СПИД) за 2006-2011 гг. Целевая группа – ВИЧ-инфицированные г. Екатеринбурга, имевшие опыт пребывания в заключении, принимавшие АРВТ - 530 человек (генеральная совокупность); внутри которой выполнена сравнительная оценка показателей вероисправности АРВТ в двух подгруппах - охваченных комплексным медико-социальным сопровождением (основная группа - 159 чел.) и не охваченных (контроль - 371 чел.). Статистическая обработка выполнена в программах Microsoft Excel и Vortex 7.0.8, достоверность определялась по критериям Стьюдента и хи-квадрат.

Результаты и обсуждение

Назначение АРВТ ВИЧ-инфицированным (ВИЧ+) из числа спецконтингента учреждений уголовной исполнительной системы (УИС) в Свердловской области началось в 2006 г. в рамках национального проекта «Здоровье» и программы Глобального Фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимо к ВИЧ/СПИДу». В настоящее время расширение доступности АРВТ для заключенных предусмотрено федеральной и областной целевыми программами, что позволяет увеличить финансирование закупок антиретровирусных препаратов в системе ГУФСИН области по сравнению с 2007 годом в 15,6 раз; в среднем в 2010 г. на 1 заключенного объем финансирования составил 86,4 тыс. руб. в год. Мероприятия по медицинскому обеспечению ВИЧ-инфицированных заключенных реализуются на основе межведомственного взаимодействия между ГУФСИН и Минздравом области, включают проведение лабораторных исследований, обучение персонала пенитенциарных учреждений, консультативную помощь специалистов ОЦ СПИД по вопросам назначения и проведения АРВТ.

К концу 2011 г. в местах лишения свободы (МЛС) число нуждающихся в АРВТ увеличилось по сравнению с 2007 г. в 3 раза, доля получавших терапию из общего числа ВИЧ-инфицированных возросла в 2,3 раза (до 17,1%), а показатель охвата АРВТ достиг 95%.

Среди исследованной нами целевой группы лиц, вышедших из заключения, в 53% случаев АРВТ была начата в МЛС, остальным в ОЦ СПИД. Срок от постановки диагноза до назначения терапии колебался от 1 месяца до 9,8 лет, в среднем составил 6 лет. Средняя длительность лечения на момент исследования - 1,6 лет, максимально - 5,3 года; в том числе в МЛС - в среднем 1,2 года, максимально - 4,3 года. Большинство пациентов была назначена двухкомпонентная схема АРВТ (более 70%), доля назначений высокоактивных трехкомпонентных схем АРВТ в условиях заключения была значительно ниже, чем на свободе - соответственно 30,3% и 44,0% ($p < 0,001$). Среди схем АРВТ преобладала зидовудин либо ламивудин + нифавиренц (ZDV/ЗТС+EFV) - 74,7% в МЛС и 52,7% в ОЦ СПИД ($p < 0,001$), на втором месте - трехкомпонентная схема «ламивудин + ставудин + нифавиренц (ЗТС+d4T+EFV)» - 13,5% и 14,8%, соответственно.

На начало терапии уровень CD4 лимфоцитов в среднем был ниже допустимого минимума (200 клеток) и составлял 165 ± 11 клеток, при этом критическое значение менее 100 клеток отмечалось у 29,1%. Эффективной терапия признана у 73,8%, эпизоды несостоятельности АРВТ наблюдались у 26,2% (рост вирусной нагрузки на фоне терапии более 100 000 копий). Среди продолжающих прием препаратов спустя год от начала АРВТ прирост уровня CD4 составил в среднем 102 клетки, что является свидетельством эффективности терапии, однако у 17,1% на фоне АРВТ наблюдалось дальнейшее снижение уровня CD4, что указывает на нарушения в схеме приема препаратов.

Для трети пациентов потребовалась смена назначенной схемы АРВТ в том числе у 9% - 2 и более раз. Среди причин смены терапии по медицинским показаниям на первом месте стоит неэффективность лечения (29,4%), на втором - побочные эффекты (27,1%). К организационным причинам смены схемы АРВТ могут быть отнесены: возобновление приема после периода прекращения терапии (22,4%), отсутствие препаратов (21,2%) изменение лечения при освобождении из МЛС (10,6%), изменение по просьбе пациента (11,8%).

За последние три года число освободившихся заключенных, принимавших АРВТ в условиях МЛС, возросло в 3 раза, в связи с чем для продолжения и достижения эффективности терапии на свободе особое значение приобретает преемственность и поддержание приверженности лечению в данной целевой группе, которая относится к контингентам высокого риска. Анализ показывает высокую распространенность среди осужденных факторов риска и маркеров, которые, по данным многоцентрового исследования [3], имеют существенное значение в формировании низкой приверженности лечению при ВИЧ-инфекции: мужской пол (85,5%), молодой возраст (72% в возрасте 18-34 лет); наркотический путь заражения (98,0%), сопутствующие заболевания вирусный гепатит С (92,7%) и туберкулез (34,3%). Значительная часть пациентов имели низкий социальный статус - начальное и неполное среднее образование (39,4%), неработающие (68,1%).

При изучении уровня приверженности осужденных АРВТ нами установлено, что после освобождения из заключения в условиях ОЦ СПИД и его филиалов проходили лечение в среднем лишь 67% нуждавшихся, 74% от числа получавших терапию в МЛС. После выхода на свободу прервали АРВТ 26,5% освободившихся. Из числа продолживших лечение регулярно без нарушений принимали препараты лишь 23,4%, остальные допускали нарушения схемы приема, в том числе: срывы на срок более 2 недель – 42,2%, пропуски в приеме препаратов – 50,0%, опоздания в приеме дозы препарата – 28,8%.

С целью повышения преемственности и эффективности лечения ЛЖВС в условиях заключения и после освобождения в Свердловской области были внедрены новые формы медико-социального сопровождения данной группы пациентов. В условиях межведомственного взаимодействия в учреждениях УИС и гражданского здравоохранения сформированы мультипрофессиональные команды специалистов (МПК), состоящие из медицинских работников, психологов, социальных работников, «равных консультантов». Организационную и связующую роль выполняет созданное на базе ОЦ СПИД социальное бюро для ЛЖВС, освобождающихся из заключения (СБ), в задачи которого входит обучение специалистов МПК и заключенных, разработка методических и информационных материалов, привлечение к диспансерному наблюдению освободившихся лиц. Анализ показал, что внедрение мультипрофессионального подхода способствовало статистически значимому улучшению показателей приверженности ВИЧ-инфицированных осужденных лечению. Так, в группе лиц, получавших в период заключения и при подготовке к освобождению медико-социальное сопровождение специалистов СБ и МПК, достоверно ниже ($p < 0,05$) частота нарушений АРВТ по сравнению с пациентами, не вовлеченными в деятельность СБ: срывов на срок до 2 недель – в 2,5 раза, более 2 недель – в 1,4 раза, пропусков и опозданий в приеме препаратов – в 1,9 раза.

Дополнительным свидетельством достижения положительных результатов в период внедрения новых организационных форм медико-социального сопровождения и преемственности в проведении АРВТ осужденным является снижение летальности среди всех ВИЧ-инфицированных заключенных с 2,7% до 1,8%, а среди принимавших АРВТ - с 8,8% до 1,4% ($p < 0,001$).

MODERN ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ANTIRETROVIRAL THERAPY CONTINUITY FOR HIV-INFECTED PRISONERS

Konyshva T.V., Nozhkina N.V., Podymova A.S.

The efficiency of multi-professional approach in antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners is expressed in the adherence to therapy increasing after prison release and lethality reduction.

Key words: antiretroviral therapy, HIV-infection, prisoners, adherence, socio-medical care.