

УДК 616.9-085

ББК 55.145-5

А.В. ГОЛЕНКОВ, А.А. ЩЕРБАКОВ

**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ
И ПРОЯВЛЕНИЯ СТИГМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**

Ключевые слова: приверженность, антиретровирусная терапия, стигма, ВИЧ-инфицированные (ВИЧ+).

Опрос 115 ВИЧ+ (61 мужчина и 54 женщины; от 25 до 59 лет; средний – 35,4±7,5 года) показал, что 79,6% были удовлетворены проводимой антиретровирусной терапией. Более высокие показатели имели мужчины, работающие, отрицающие общественные стереотипы, характерные для ВИЧ+, не имеющие депрессивных, тревожных и стрессовых расстройств. Различные проявления стигматизации и самостигматизации у ВИЧ+ существенно отражались на приверженности больных к терапии.

A. GOLENKOV, A. SHCHERBAKOV**SATISFACTION WITH ANTIRETROVIRAL THERAPY AND MANIFESTATIONS OF HIV-RELATED
STIGMA IN HIV+ INDIVIDUALS**

Key words: adherence, antiretroviral therapy, stigma, HIV+

The survey of 115 HIV+ individuals (61 men and 54 women from 25 to 59 years old with the average age of 35,4±7,5 years old) showed that 79.6% of them were satisfied with antiretroviral therapy they were undergoing. Adherence was significantly greater among working men, who deny public stereotypes characteristic for HIV+ individuals and do not show any sign of depression, anxiety or stress disorders. Various manifestations of stigmatization and self-stigmatization in HIV+ patients were significantly reflected in their adherence to therapy.

Антиретровирусная терапия (АРТ) является чрезвычайно важным условием для увеличения продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ+), и улучшения ее качества [10, 13, 14, 16, 17]. Лечение замедляет прогрессирование приобретенного иммунодефицитного синдрома, только когда оно проводится непрерывно, в тесном контакте с врачом, в течение многих лет, а еще лучше пожизненно [15]. В связи с этим весьма актуальными становятся исследования, направленные на выявление факторов, способствующих приверженности (удовлетворенности) к АРТ разных групп (потребителей психоактивных веществ, сексуальных меньшинств, людей, живущих в дискордантном браке, и др.) ВИЧ+ [1, 11, 12, 18, 19]. Причем они должны проводиться с учетом региональной специфики страны, половозрастных, социальных, медико-биологических и клинико-терапевтических особенностей больных, оценки стигмы (дискриминации), депрессии и психологического дистресса [2, 7–9, 20].

Цель настоящего исследования – изучить удовлетворенность АРТ и проявления ВИЧ-стигмы у ВИЧ+.

Опрошено 115 ВИЧ+ (61 мужчина и 54 женщины) в возрасте от 25 до 59 лет (средний – 35,4±7,5 года), получающих АРТ в Республиканском СПИД-центре. С 3-й стадией ВИЧ-инфекции было 16,5%, 4А – 81,7% и 4Б – 1,8%. Среднее время наблюдения составило в среднем 7,1±3,5 года (от 2 до 16 лет).

Использовалась шкала удовлетворенности АРТ V. Cerdá et al. [10]. Удовлетворенными АРТ считали пациентов, выбравших цифру четыре и выше по семибалльной (0-6) шкале. Кроме того, параллельно использовались: шкалы стигмы при ВИЧ-инфекции L.R. Uys et al. [20], методика Е.С. Ивановой «Стресс-ФИЭ» [4] для измерения основных видов стресса и методика П. Пишо для оценки депрессии. Статистическая обработка проводилась с помощью χ^2 -распределения (таблицы – 2×2) и корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты и обсуждение. Два препарата АРТ, один из которых комбинированный, получали 63,5% больных, три – 33,9%, четыре – 2,6%. Побочные

эффекты АРТ отметили 36,4%, в том числе: диарею (11,3%), тошноту (7%), рвоту (4,4%), сонливость и желтушность (по 2,6%), головокружение, депрессию и заторможенность (по 0,9%). Побочные эффекты чаще наблюдались у ВИЧ+ более старшего возраста, одиноких, горожан, с более тяжелой стадией ВИЧ-инфекции, респондентов, имеющих признаки стигматизации и стрессовых расстройств ($p < 0,05$).

Как видно из табл. 1, в среднем были удовлетворены АРТ 79,6% ВИЧ+. Максимальные оценки наблюдались по результатам лечения, проводимого в момент опроса, а минимальные – по рекомендациям своей схемы лечения другим ВИЧ+.

Таблица 1

Проявления ВИЧ-стигмы у ВИЧ+, %

Удовлетворены	Оба пола	М	Ж
Лечением, которое получают в настоящее время	90,4	100,0*	79,6
Эффективностью назначенного лечения	77,4	100,0*	51,9
Лечением в связи с побочными эффектами или дискомфортом	75,7	98,4*	50,0
Рекомендациями по приему препаратов (информация о лечении, его длительности, настрое на лечение и т.д.)	80,0	86,9*	72,2
Удобством приема назначенных препаратов (частота приема и число таблеток) и возможностью его соблюдения, особенно когда находится в непривычных условиях (вне дома)	71,3	83,6*	57,4
Гибкостью назначенного лечения (временем приема), возможностью пропустить (забыть) прием лекарств, принять их во время еды (между приемами пищи)	83,5	85,2	81,5
Своими знаниями о ВИЧ-инфекции	83,5	83,6	83,3
Своим лечением, приспособившая его к своему образу жизни	86,1	86,9	85,2
Рекомендовали ли бы другим ВИЧ+ схему (комбинацию) препаратов, которую получают сами в настоящее время	62,6	68,9	55,5
Назначенными лекарствами, чтобы продолжить их прием	85,2	91,8*	77,8
В среднем	79,6	82,3*	69,4

Примечание. * М – мужчины, Ж – женщины; * – различия между группами достоверны ($p < 0,04-0,001$).

Более высокую удовлетворенность терапией АРТ показали мужчины, отрицающие общественные стереотипы, характерные для ВИЧ+, не имеющие депрессивных, тревожных и стрессовых расстройств. Негативный настрой на АРТ имели большие со страхом перед будущим (считали себя из-за ВИЧ приговоренными и осужденными), не успевающие справляться с потоком информации, которые нервничали по малейшему поводу, испытывали сильный стыд и смущение в связи с ВИЧ-статусом, не желали разговаривать о своей болезни ($p < 0,05$).

Как видно из табл. 2, компонент ВИЧ-стигмы «Стереотипы» характерен для 52,0% опрошенных, причем был сильно выражен и часто встречался у 23,5%; «Разглашение», соответственно – у 63,5 и 27,6%; «Социальные связи» – у 31,7 и 6,3%; «Самопринятие» – у 65,2 и 43,5%. Самым распространенными и актуальными проблемами были сохранение своего ВИЧ-статуса втайне от сослуживцев (77,4% ответов почти всегда и часто), чувство стыда при его раскрытии незнакомым людям (54,8%).

Проведенное исследование показало в целом неплохие показатели удовлетворенности АРТ, однако они оказались ниже 90–95%, к чему призывают многочисленные авторитетные публикации [13, 16, 17]. При таких показателях вирусное подавление (снижение вирусной нагрузки) наблюдается в 80%, при 70% оно снижается на 33%, т.е. составляет менее 50% [15].

Таблица 2

Проявления ВИЧ-стигмы у ВИЧ+, %

Вопрос	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Почти всегда
Стереотипы					
ВИЧ отличается от других болезней тем, что люди с ВИЧ как бы приговорены (осуждены)	41,7	19,1	19,1	8,7	11,4
Люди думают, что я получил(а) ВИЧ, сделав что-то плохое	30,4	15,7	20,9	22,6	10,4
Общество смотрит свысока на ВИЧ+	14,8	11,3	26,1	33,9	13,9
Люди думают, что, если у Вас ВИЧ, то Вы его заслуживаете	52,2	9,6	9,6	23,5	5,1
Люди порицают меня за ВИЧ	69,6	12,2	10,4	3,5	4,3
Люди полагают, что у меня ВИЧ из-за беспорядочного образа жизни	59,1	4,3	9,6	15,7	11,3
Люди считают, что ВИЧ+ не должны иметь детей	55,7	14,7	8,7	5,2	15,7
Люди сомневаются, следует ли разрешать ВИЧ+ усыновлять (удочерять) ребенка	38,3	20,9	12,2	17,4	11,2
Меня считают плохим человеком, потому что у меня ВИЧ	66,1	11,3	7,8	8,7	6,1
Компании, предоставляющие медицинские услуги, полагают, что ВИЧ+ ведут беспорядочный образ жизни	55,7	10,4	17,4	11,3	5,2
ВИЧ+ теряют свои рабочие места из-за ВИЧ-статуса	34,8	11,3	33,9	13,9	6,1
Люди считают, что ВИЧ+ не могут быть хорошими родителями	58,3	14,8	9,6	11,2	6,1
Опасность разглашения					
Беспокоюсь, когда иду в СПИД-центр, как бы знакомые не увидели меня	33,9	3,4	20,9	20,9	20,9
Беспокоюсь, что медицинские работники узнают об ухудшении моего физического состояния из-за ВИЧ	47,0	14,7	24,4	8,7	5,2
Беспокоюсь, как бы знакомые не увидели меня, когда иду в другие организации, связанные со СПИД-центром	38,3	7,8	22,7	16,5	14,7
Боюсь, что люди, просматривая мои медицинские документы, узнают о ВИЧ-статусе	30,4	18,3	13,9	20,9	16,5
Когда чувствую себя плохо, боюсь, что люди, которые меня знают, узнают о моем ВИЧ-статусе	30,4	14,7	22,6	22,6	9,7
Социальные связи					
Медсестры и врачи относятся к ВИЧ+ так, как будто бы они заразные	54,8	16,5	22,6	3,5	2,6
Медсестры и врачи питают неприязнь к ВИЧ+	50,4	20	18,3	8,7	2,6
Я чувствую себя изгоем в семье, потому что у меня ВИЧ	70,4	8,7	14,8	3,5	2,6
Меня стали лечить хуже и относиться не так гуманно (доброжелательно), после того, как я заразился ВИЧ	80,9	7	7,8	–	4,3
Люди избегают меня, потому что у меня ВИЧ	71,3	16,5	9,6	–	2,6
Когда я близко подхожу к людям, они боятся заразиться от меня ВИЧ	82,6	7	7,8	–	2,6
Я чувствую себя лишним человеком, потому что у меня ВИЧ	68,7	12,2	7,8	4,3	7
Самопринятие					
Мне стыдно говорить незнакомым людям, что у меня ВИЧ	16,5	11,3	17,4	11,3	43,5
Я не смущаюсь говорить знакомым, что у меня ВИЧ	52,2	4,3	16,6	7,8	19,1
Мне комфортно разговаривать с моей семьей о ВИЧ	53,9	10,5	13,0	11,3	11,3
Для ВИЧ+ важно держать свой статус втайне от сослуживцев	16,5	2,6	3,5	15,7	61,7

Между тем наши результаты приверженности к АРТ (79,6%) оказались даже лучше, чем в мета-анализах, проведенных в Индии (70%) и Испании (55%) [13, 16]. Приверженность в первом случае на 50% зависела от стоимости препаратов, на 25% – от желания пациентов следовать терапевтическим рекомендациям врача и на 12% – от побочных эффектов на АРТ [13]. На приверженность к АРТ достоверно влияли побочные эффекты: слабость, нарушение вкуса и тошнота [7]. В Испании приверженность коррелировала со стадией ВИЧ-инфекции (А – позитивно, В – негативно), вирусной нагрузкой (< 200 копий в 1 мл – позитивно, > 200 – негативно) и университетским образованием (негативно) [17]. Что

касается половых различий и приверженности к АРТ, то необходимо учитывать у мужчин: долю пациентов, злоупотребляющих алкоголем, находящихся на мета-доновых программах (ниже приверженность) и практикующих секс с другими мужчинами (выше); у женщин: страну проживания (в Африке, Азии, Южной Америке – выше), доля вдов и низкие уровни CD₄ (ниже) [17]. Наше предыдущее исследование показало, что ВИЧ+, злоупотребляющие алкоголем и принимающие наркотики, являются группами, не приверженными к АРТ и избегающими сотрудничества с учреждениями здравоохранения [1, 6].

В работах, выполненных в России (Санкт-Петербург), отмечается, что 66,7% ВИЧ+ инъекционных потребителей наркотиков полностью выполняли все предписания и регулярно посещали врача, 21,7% иногда пропускали запланированные визиты, хотя принимали АРТ, а 11,7% прекратили терапию в течение проводимого исследования [19]. В другой статье встречаются данные, что 16% ВИЧ+ отказались от АРТ, 5% – принимали менее 90% от назначенных доз препаратов, а 54% были привержены к лечению. В этой выборке 31% участвующих в исследовании больных имели выраженные проявления депрессии и 37% тревоги, низкий уровень социальной поддержки и высокие показатели стигмы и дискриминации (в получении медицинской помощи, занятости, поддержания семейных отношений) [8]. Среди обследованных нами ВИЧ+ было значительно меньше лиц с проявлениями депрессии и тревоги и, возможно, поэтому больше приверженных к АРТ. В целом совпадают наши наблюдения о распространенности ВИЧ-стигмы с данными литературы [3, 5], которые составляют более 50% (выше показатели у развивающихся странах и ниже – в развитых) [12].

Мета-анализ показал связь между ВИЧ-стигмой и неприверженностью к АРТ. Для ее повышения необходимо проводить психотерапевтические интервенции (интра-, интерперсональные и структурные) по редукции стигмы и формирования адаптивных копинг-стратегий у ВИЧ+ [11]. Среди других многочисленных работ, посвященных (не)приверженности к АРТ указывались: высокий уровень CD₄, высокий индекс массы тела, мужской пол, молодой возраст, большая длительность АРТ, низкая социальная поддержка [14]. При этом также рекомендуют учитывать такие факторы неприверженности, как неосведомленность (63,5%), стигма (56%), побочные эффекты (53,3%) и цена (28%). Обсуждаются занятость (25,4%), пребывание вдали от дома (21,3%), забывчивость (12,2%) и отсутствие препаратов в аптечной сети (10,2%) [9].

Кроме стигматизации ВИЧ+ нужно упомянуть и самостигматизацию (под влиянием социальных стереотипов носители болезни понижают свою самооценку, начинают необоснованно приписывать себе многие нежелательные качества; наблюдается у 77,6% ВИЧ+), что также является серьезным препятствием к АРТ и профилактике ВИЧ [2]. В этой связи речь может идти о так называемой внутренней стигме, которая сопровождается стрессом, депрессией, мешает противостоять взглядам окружающих и бороться с дискриминацией. Согласно проведенному исследованию, раскрыть свой статус готовы 16,5–38,3% опрошенных. За прошедшие пять лет после предыдущего исследования показатели самостигматизации у ВИЧ+ не улучшились.

Таким образом, проведенный опрос ВИЧ+ показал вполне удовлетворительные результаты приверженности к АРТ. Они зависели от пола, возраста, стадии ВИЧ и социально-психологических характеристик. Побочные эффекты АРТ наблюдались редко, и они являлись типичными для АРТ. Худшие результаты удовлетворенности АРТ у женщин и других групп респондентов требуют дополнительных исследований. Больше чем у половины ВИЧ+ обнаруживаются те или проявления стигмы (самостигматизации), которые негативно отражаются на качестве их жизни. Эти показатели затрудняют оказание им медицинской помощи и осуществление профилактической работы среди населения.

Литература

1. Голенков А.В. Скрининг злоупотребляющих алкоголем среди ВИЧ-положительных и его значение для лечебно-профилактической работы // Российский медицинский журнал. 2012. № 4. С. 23–25.
2. Голенков А.В., Гордеева М.С., Щербаков А.А. Самостигматизация ВИЧ-инфицированных // 20 лет борьбы с ВИЧ/СПИДОМ в России и Чувашии: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2009. С. 63–64.
3. Голенков А.В., Щербаков А.А. Сферы дискриминации ВИЧ-инфицированных (по данным опроса медицинских работников) // Вестник Чувашского университета. 2011. № 3. С. 327–334.
4. Иванова Е.С. Стресс-ФИЭ: Методика измерения основных видов стресса // Психологическая диагностика. 2008. № 5. С. 82–101.
5. Табаков В.А., Голенков А.В. Оценка базового уровня знаний медицинских работников о риске заражения ВИЧ-инфекцией при осуществлении профессиональной деятельности. Результаты опроса медицинских работников Чувашской Республики // Заместитель главного врача. 2012. № 5. С. 90–99.
6. Табаков В.А., Никитин В.В., Голенков А.В. Эпидемиологические и прогностические аспекты заболеваемости наркоманией и ВИЧ-инфекцией на региональном уровне // Наркология. 2007. № 8. С. 28–33.
7. Al-Dakkak I., Patel S., McCann E. et al. The impact of specific HIV treatment-related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*, 2013, vol. 25, no. 4, pp. 400–414.
8. Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kuznetsova A.V. et al. People with HIV in HAART-era Russia: transmission risk behavior prevalence, antiretroviral medication-taking, and psychosocial distress. *AIDS Behav.*, 2011, vol. 15, no. 4, pp. 767–777. doi: 10.1007/s10461-010-9793-x.
9. Baltazary G., Akarro R.R., Mussa A.S. Some factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy (ART) in people living with HIV/AIDS (PLHA) in Tanzania: a case study of Dares Salaam region. *East Afr. J. Public Health*, 2011, vol. 8, no. 4, pp. 237–246.
10. Cerdá V., Gómez C., González M. et al. Psychometric characteristics of the antiretroviral treatment satisfaction scale (ESTAR): ARPAS study (I). *Farm Hosp.*, 2007, vol. 31, no. 6, pp. 331–339.
11. Katz I.T., Ryu A.E., Onuegbu A.G. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J. Int. AIDS Soc.*, 2013, vol. 16, no. 3, suppl. 2, p. 18640. doi: 10.7448/IAS.16.3.18640.
12. Lowther K., Selman L., Harding R., Higginson I. Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2014, vol. 51, no. 8, pp. 1171–1189.
13. Mhaskar R., Alandikar V., Emmanuel P. et al. Adherence to antiretroviral therapy in India: a systematic review and meta-analysis. *Ind. J. Community Med.*, 2013, vol. 38, no. 2, pp. 74–82.
14. Muya A.N., Geldsetzer P., Hertzmark E. et al. Predictors of Nonadherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Adults in Dar Es Salaam, Tanzania. *J. Int. Assoc. Provid. AIDS Care*, 2014, Jun 25, pii: 2325957414539193.
15. Nischal K.C., Khopkar U., Saple D.G. Improving adherence to antiretroviral therapy. *Ind. J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, 2005, vol. 71, no. 5, pp. 16–20.
16. Ortego C., Huedo-Medina T.B., Santos P. et al. Sex differences in adherence to highly active antiretroviral therapy: a meta-analysis. *AIDS Care*, 2012, vol. 24, no. 12, pp. 1519–1534.
17. Ortego C., Huedo-Medina T.B., Vejo J., Llorca F.J. Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis. *Gac. Sanit.*, 2011, vol. 25, no. 4, pp. 282–289.
18. Sin N.L., DiMatteo M.R. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Ann. Behav. Med.*, 2014, vol. 47, no. 3, pp. 259–269.
19. Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Brown L.B. et al. The feasibility of an intensive case management program for injection drug users on antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia. *Harm. Reduct. J.*, 2013, vol. 10, no. 1:15. doi: 10.1186/1477-7517-10-15.
20. Uys L.R., Holzemer W.L., Chirwa M.L. et al. The development and validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument – Nurse (HASI-N). *AIDS Care*, 2009, vol. 21, no. 2, pp. 150–159.

References

1. Golenkov A.V. *Skrining zloupotrebyayushchikh alkogolem sredi VICH-polozhitel'nykh i ego znachenie dlya lechebno-profilakticheskoi raboty* [The screening of HIV-positive patients suffering from alcohol abuse and its significance for treatment and prevention]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian medical journal], 2012, no. 4, pp. 23–25.
2. Golenkov A.V., Gordeeva M.S., Shcherbakov A.A. *Samostigmatizatsiya VICH-infitsirovannykh* [Self-stigmatization of HIV-infected patients]. *20 let bor'by s VICH/SPIDOM v Rossii i Chuvashii: materialy nauch.-prakt. konf.* [Proc. of conf. «20 years of fight against HIV/AIDS in Russia and Chuvashia»]. Cheboksary, 2009, pp. 63–64.

3. Golenkov A.V., Shcherbakov A.A. *Sfery diskriminatsii VICH-infitsirovannykh (po dannym oprosa meditsinskikh rabotnikov)* [Spheres of HIV-infected patients discrimination (based on results of medical workers survey)]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2011, no. 3, pp. 327–334.
4. Ivanova E.S. *Stress-FIE: Metodika izmereniya osnovnykh vidov stressa* [Stress-FIE: Techniques for measuring the main types of stress]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics], 2008, no. 5, pp. 82–101.
5. Tabakov V.A., Golenkov A.V. *Otsenka bazovogo urovnya znaniy meditsinskikh rabotnikov o riske zarazheniya VICH-infektsiei pri osushchestvlenii professional'noi deyatel'nosti. Rezul'taty oprosa meditsinskikh rabotnikov Chuvashskoi Respubliki* [Assessment of a basic level of knowledge of health workers of risk of infection with HIV infection at implementation of professional activity. Results of poll of health workers of the Chuvash Republic]. *Zamestitel' glavnogo vracha* [Deputy of chief physician], 2012, no. 5, pp. 90–99.
6. Tabakov V.A., Nikitin V.V., Golenkov A.V. *Epidemiologicheskie i prognosticheskie aspekty zaboлеваemosti narkomaniei i VICH-infektsiei na regional'nom urovne* [Epidemiological and predictive aspects of incidence of drug addiction and HIV infection at the regional level]. *Narkologiya* [Narcology], 2007, no. 8, pp. 28–33.
7. Al-Dakkak I., Patel S., McCann E. et al. The impact of specific HIV treatment-related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*, 2013, vol. 25, no. 4, pp. 400–414.
8. Amirhanian Y.A., Kelly J.A., Kuznetsova A.V. et al. People with HIV in HAART-era Russia: transmission risk behavior prevalence, antiretroviral medication-taking, and psychosocial distress. *AIDS Behav.*, 2011, vol. 15, no. 4, pp. 767–777. doi: 10.1007/s10461-010-9793-x.
9. Baltazary G., Akarro R.R., Mussa A.S. Some factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy (ART) in people living with HIV/AIDS (PLHA) in Tanzania: a case study of Dares Salaam region. *East Afr. J. Public Health*, 2011, vol. 8, no. 4, pp. 237–246.
10. Cerdá V., Gómez C., González M. et al. Psychometric characteristics of the antiretroviral treatment satisfaction scale (ESTAR): ARPAS study (I). *Farm Hosp.*, 2007, vol. 31, no. 6, pp. 331–339.
11. Katz I.T., Ryu A.E., Onuegbu A.G. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J. Int. AIDS Soc.*, 2013, vol. 16, no. 3, suppl. 2, p. 18640. doi: 10.7448/IAS.16.3.18640.
12. Lowther K., Selman L., Harding R., Higginson I. Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2014, vol. 51, no. 8, pp. 1171–1189.
13. Mhaskar R., Alandikar V., Emmanuel P. et al. Adherence to antiretroviral therapy in India: a systematic review and meta-analysis. *Ind. J. Community Med.*, 2013, vol. 38, no. 2, pp. 74–82.
14. Muya A.N., Geldsetzer P., Hertzmark E. et al. Predictors of Nonadherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Adults in Dar Es Salaam, Tanzania. *J. Int. Assoc. Provid. AIDS Care*, 2014, Jun 25, pii: 2325957414539193.
15. Nischal K.C., Khopkar U., Saple D.G. Improving adherence to antiretroviral therapy. *Ind. J. Dermatol. Venereol Leprol.*, 2005, vol. 71, no. 5, pp. 16–20.
16. Ortego C., Huedo-Medina T.B., Santos P. et al. Sex differences in adherence to highly active antiretroviral therapy: a meta-analysis. *AIDS Care*, 2012, vol. 24, no. 12, pp. 1519–1534.
17. Ortego C., Huedo-Medina T.B., Vejo J., Llorca F.J. Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis. *Gac. Sanit.*, 2011, vol. 25, no. 4, pp. 282–289.
18. Sin N.L., DiMatteo M.R. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Ann. Behav. Med.*, 2014, vol. 47, no. 3, pp. 259–269.
19. Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Brown L.B. et al. The feasibility of an intensive case management program for injection drug users on antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia. *Harm. Reduct. J.*, 2013, vol. 10, no. 1:15. doi: 10.1186/1477-7517-10-15.
20. Uys L.R., Holzemer W.L., Chirwa M.L. et al. The development and validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument – Nurse (HASI-N). *AIDS Care*, 2009, vol. 21, no. 2, pp. 150–159.

ГОЛЕНКОВ АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (golenkovav@inbox.ru).

GOLENKOV ANDREI – M.D., Professor, Head of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology Department, Chuvash State University, Cheboksary, Russia.

ЩЕРБАКОВ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ – главный врач, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями; главный внештатный эпидемиолог, Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Россия, Чебоксары (ipspid@medinform.su).

SHCHERBAKOV ALEXEY – Head Doctor, Republican Center of AIDS and Infectious Diseases Prevention and Control; Chief Non-staff Epidemiologist, Ministry of Health Care and Social Development of the Chuvash Republic, Cheboksary, Russia.
