

И. М. Улюкин

ВЛИЯНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВНЫЕ СФЕРЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Известно, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией во всем мире и в России имеет тенденцию к росту, особенно среди лиц молодого возраста, которых болезнь в течение нескольких лет приводит к инвалидности. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом меры, эта эпидемия еще не взята под контроль [1–4], хотя данной проблеме уделяется постоянное внимание [5, 6].

Считается, что здоровье населения во многом определяется образом жизни конкретного человека, поэтому эффективная деятельность по охране и укреплению здоровья требует активного участия в ней самих граждан. Однако социально-экономические реформы, происходящие в России, породили социальную нестабильность, сопровождаемую разрушением устоявшихся норм и стереотипов, кризисом системы ценностей, обусловленным противоречивостью перехода от социоцентрической системы ценностей к персоноцентрической, увеличением числа «степеней свободы» для выбора себя и своей жизни каждым конкретным индивидом [7]. С другой стороны, психическое здоровье населения во многом определяет состояние социального здоровья общества, существенно влияет на его интеллектуальный потенциал, экономическое благополучие, культурную и моральную атмосферу [8–10]. При этом отмечается, что здравоохранение само по себе уже не может устранить все причины психического нездоровья, так как «здоровье индивида является сложной производной от социальных условий жизни и работы (в том числе получаемых доходов), приобретенного образования, экологической ситуации, генетических факторов, возможности получения качественного медицинского обеспечения, индивидуальных особенностей и интересов» [11].

Сформировавшаяся в мировой и отечественной науке биопсихосоциальная модель доказывает необходимость целостного изучения организма и личности больного человека в непрерывном единстве его биологических, психических и социальных компонентов [12–15]. Применительно к этой модели в нашей стране считается, что «качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» [16]. Если говорить о реабилитации больных, в частности, пациентов с ВИЧ-инфекцией, которая представляет собой систему последовательных и преемственных медицинских, социальных и профессиональных мероприятий, направленных на восстановление нарушенного болезнью динамического равновесия между организмом больного и окружающей средой, определяющего его оптимальную жизнеспособность в данных условиях [17–19], то она без изучения вопросов качества жизни (которые в отечественной научной литературе разработаны недостаточно) будет неполноценна.

Улюкин Игорь Михайлович — канд. мед. наук, начальник научно-исследовательской лаборатории экспертной диагностики, Научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИД в ВС РФ, Научно-исследовательский центр, Военно-медицинская Академия имени С. М. Кирова; e-mail: igor_ulyukin@mail.ru

© И. М. Улюкин, 2013

Считается, что в настоящее время основной задачей врача, осуществляющего лечение больного, является не только медикаментозное лечение, но и помощь пациенту в оптимизации его качества жизни (КЖ). Поэтому важность подобной комплексной оценки больных ВИЧ-инфекцией определяется еще и тем, что поддержание КЖ пациентов на определенном уровне, наряду с выживаемостью, в настоящее время отражает как способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни, так и качество его медико-психологического сопровождения.

Однако эти вопросы в связи с привязкой к специфической антиретровирусной терапии (АРВТ) изучены недостаточно, что и явилось предметом настоящего исследования.

Цель исследования — оптимизация медицинских мероприятий и психосоциального сопровождения больных ВИЧ-инфекцией на основе выявления влияния АРВТ на основные сферы жизнедеятельности пациентов в динамике заболевания.

Важно было изучить влияние АРВТ на основные сферы качества жизни больных ВИЧ-инфекцией на разных стадиях и при различной длительности хронического патологического процесса.

Материал и методы исследования. Распределение 134 пациентов (м: ж ~ 1: 1, средний возраст — $28,5 \pm 2,1$ лет) на различных стадиях, при различной длительности и путях заражения по стадиям болезни проведено в соответствии с наиболее распространенной в мире классификацией CDC [20, 21]. Среди не получающих АРВТ на стадии «А» (стадия начальных проявлений заболевания) было 63 пациента (65,62%), «В» (стадия клинически выраженных проявлений заболевания, но не «А» и не «С») — 17 (17,71%), «С» (стадия, включающая СПИД-индикаторные заболевания) — 16 (16,67%), при длительности заболевания до 3 лет — 52 (54,17%), 4–7 лет — 32 (33,33%), более 7 лет — 12 пациентов (12,5%). Среди получающих АРВТ на стадии «А» было 10 пациентов (26,32%), «В» — 15 (39,47%), «С» — 13 (34,21%), при длительности заболевания до 3 лет — 10 (26,32%), 4–7 лет — 4 (10,52%), более 7 лет — 24 пациента (63,16%). АРВТ назначалась пациентам в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [20–22], а ее мониторинг осуществлялся по общепринятым клиническим, иммунологическим и молекулярно-генетическим параметрам.

Специальные методы эпидемиологического расследования не входили в задачи настоящего исследования. В исследовании не принимали участие больные эндогенной психической патологией и наркоманией.

Сферы КЖ больных ВИЧ-инфекцией (физическая сфера, ФС; психологическая сфера, ПС; уровень независимости, УН; сфера субъективных взаимоотношений, СВ; окружающая среда, ОС; духовная сфера, ДС; а также общая оценка КЖ) были исследованы нами по русской версии методики «ВОЗКЖ-100» [23]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [24]. В качестве контроля использовались аналогичные данные 277 практически здоровых лиц (контрольная группа — КГ), сходных с больными по полу, возрасту, уровню образования.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования КЖ больных по его основным сферам в зависимости от получаемой АРВТ на разных стадиях и при разной длительности заболевания приведены в таблицах 1–4.

Установлено, что показатели сфер КЖ на стадии «А» достоверно не отличаются от аналогичных данных КГ. Однако по мере прогрессирования основного заболевания

отмечено ухудшение многих параметров. Так, на стадии «В» показатели ФС и СВ достоверно отличаются от показателя контрольной группы ($p < 0,05$). УН на стадии «В» также начинает достоверно отличаться от контрольной группы и от аналогичного показателя на стадии «А». Таким образом, у больных в отсутствие АРВТ на стадии «В» уже имеется ряд достоверных отличий как общей оценки КЖ, так и показателей различных сфер от характеристик респондентов контрольной группы. На стадии СПИДа все показатели всех сфер (кроме УН) достоверно отличаются от аналогичных характеристик в начале заболевания (стадия «А») и от показателей респондентов контрольной группы ($p < 0,01$). Показатели качества жизни при длительности заболевания до трех лет достоверно не отличаются от характеристик КГ.

Таблица 1. Показатели основных сфер качества жизни больных ВИЧ-инфекцией, не получающих АРВТ, на разных стадиях заболевания

	Сферы качества жизни						
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	Общая оценка качества жизни
Стадия заболевания							
А (n = 63)	13,7±0,58	13,71±0,53	15,51±0,48	14,1±0,61	13,21±0,52	14,33±0,52	84,56±3,52
В (n = 17)	12,53±0,61 ⁴	12,59±0,59	13,76±0,51 ^{1,6}	13,65±0,63 ⁴	12,24±0,56	14,65±0,49	79,41±2,81 ⁵
С (n = 16)	11,38±0,51 ^{2,6}	12,0±0,49 ^{1,4}	12,44±0,51 ^{3,6}	12,19±0,55 ^{1,6}	11,06±0,49 ^{1,5}	13,94±0,49	73,0±2,08 ^{2,6}
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,76±0,66	14,16±0,53	16,43±0,61	15,39±0,47	13,33±0,55	15,16±0,49	89,24±2,11

Примечания: показатели на стадии «А». «1» — достоверность различия с показателями на стадии «В» $p < 0,05$; «2» — достоверность различия с показателями на стадии «В» $p < 0,01$; «1» — достоверность различия с показателями на стадии «С» $p < 0,05$; «2» — достоверность различия с показателями на стадии «С» $p < 0,01$; «3» — достоверность различия с показателями на стадии «С» $p < 0,01$; «4» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,05$; «5» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$; «6» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$.

Однако при длительности ВИЧ-инфекции до 7 лет появляются достоверные отличия показателей ФС, УН, ДС и общей оценки качества жизни от аналогичных параметров контрольной группы. На сроках же более 7 лет достоверно отличаются от аналогичных характеристик респондентов контрольной группы уже все показатели качества жизни, кроме ДС.

Обращает внимание, что достоверные отличия на сроках заболевания до 3 лет и более 7 лет касаются не всех параметров, а лишь СВ и ОС.

При анализе показателей качества жизни больных на фоне АРВТ показано, что на стадии «А» показатели основных сфер не имеют достоверных отличий от аналогичных характеристик больных, не получающих специфической терапии, и респондентов КГ. А на стадии «В» достоверно ухудшается, по сравнению с предыдущей стадией, как общая оценка качества жизни, так и его отдельные сферы: ФС, ПС, УН, ОС. По сравнению с показателями КГ, на стадии «В» уже имеются достоверные отличия по сферам ФС, УН, СВ, ОС. На стадии же СПИДа все сферы КЖ, кроме ДС, достоверно отличны от аналогичных параметров на стадии «А». Обращает внимание, что так же, как и у больных в отсутствие АРВТ, показатель духовной сферы не зависит от стадии болезни.

Таблица 2. Показатели основных сфер качества жизни больных ВИЧ-инфекцией, не получающих АРВТ, при различной длительности заболевания

	Сферы качества жизни						Общая оценка качества жизни
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	
Длительность заболевания (лет)							
0–3 (n = 52)	13,52±0,62	13,65±0,54	15,12±0,46	14,06±0,62	13,1±0,53	14,52±0,51	83,96±3,48
4–7 (n = 32)	12,75±0,59 ³	12,93±0,61	14,36±0,51 ⁴	13,79±0,64 ¹	12,54±0,58	13,61±0,47 ³	79,96±2,68 ⁴
>7 (n = 12)	12,42±0,53 ⁴	12,25±0,51 ⁴	13,75±0,54 ⁴	11,83±0,59 ^{2,5}	11,25±0,48 ^{1,4}	14,75±0,49	76,25±2,11 ⁵
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,76±0,66	14,16±0,53	16,43±0,61	15,39±0,47	13,33±0,55	15,16±0,49	89,24±2,11

Примечания: показатели для длительности «0–3». «1» — достоверность различия с показателями «4–7» $p < 0,05$; «2» — достоверность различия с показателями «>7» $p < 0,05$; «3» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,05$; «4» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$; «5» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$.

При анализе качества КЖ больных на фоне АРВТ при длительности заболевания до 7 лет достоверно снижается как общая оценка, так и показатели отдельных сфер (ФС, ПС, УН, ОС). При этом значения ФС, УН, ОС и общей оценки КЖ здесь достоверно отличны от показателей КГ. А при длительности ВИЧ-инфекции более 7 лет все показатели всех сфер, кроме ДС, достоверно отличны как от стартовых данных, так и от характеристик КГ.

При сравнительном анализе различий по стадиям заболевания у больных, получающих и не получающих АРВТ, обращает внимание, что по мере прогрессирования заболевания от начальных проявлений ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа в обеих группах достоверно ухудшаются параметры всех сфер КЖ, кроме ДС.

Что касается динамики основных сфер КЖ при переходе от стадии «А» к стадии «В», у больных на фоне АРВТ достоверно ухудшаются все, кроме СВ и ДС. Интересно отметить, что у больных в отсутствие специфической терапии при переходе от стадии «А» к «В» нет достоверного ухудшения по гораздо большему числу характеристик (ФС, ПС, СВ, ОС, ДС) и даже по общей оценке КЖ.

Таблица 3. Показатели основных сфер качества жизни больных ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ, на разных стадиях заболевания

	Сферы качества жизни						Общая оценка качества жизни
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	
Стадия заболевания							
А (n = 10)	14,7±0,74	14,7±0,68	15,0±0,66	15,0±0,71	13,9±0,58	14,6±0,71	88,0±3,18
В (n = 15)	12,33±0,51 ^{2,5}	12,67±0,55 ¹	12,33±0,49 ^{2,6}	13,47±0,61 ⁴	11,8±0,49 ^{2,4}	14,73±0,75	77,33±2,67 ^{1,6}
С (n = 13)	11,62±0,67 ^{1,6}	12,62±0,45 ^{1,4}	11,08±0,51 ^{3,6}	12,54±0,54 ^{3,6}	12,0±0,54 ¹	14,92±0,72	74,77±2,16 ^{3,6}
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,76±0,66	14,16±0,53	16,43±0,61	15,39±0,47	13,33±0,55	15,16±0,49	89,24±2,11

Примечания: показатели на стадии «А». «1» — достоверность различия с показателями на стадии «В» $p < 0,05$; «2» — достоверность различия с показателями на стадии «В» $p < 0,01$; «1» — достоверность различия с показателями на стадии «С» $p < 0,05$; «3» — достоверность различия с показателями на стадии «С» $p < 0,01$; «4» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,05$; «5» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$; «6» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$.

То есть, факт получения АРВТ на начальной стадии заболевания влияет на изменение КЖ больных сильнее, чем наличие клинических проявлений болезни. Таким образом, если невозможно уменьшить побочные эффекты специфической терапии, то любое ее назначение должно быть психотерапевтически проработано. А больной, в случае назначения АРВТ, должен быть мотивирован на лечение, несмотря на трудности его проведения.

При сравнительном анализе показателей сфер КЖ в зависимости от длительности ВИЧ-инфекции установлено, что у больных на фоне АРВТ, при длительности заболевания более 7 лет, достоверно ухудшаются все параметры КЖ, кроме ДС. Однако на рубеже 3–4 лет болезни достоверных отличий нет по СВ и ДС.

Иная картина при увеличении сроков заболевания у больных при отсутствии специфической терапии. К сроку 3–4 года достоверное ухудшение имеет лишь сфера ОС. А у больных, страдающих ВИЧ-инфекцией более 7 лет, не имеется достоверных ухудшений КЖ как по общей оценке, так и по большинству его отдельных сфер (ФС, ПС, УН, ДС).

Таблица 4. Показатели основных сфер качества жизни больных ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ, при различной длительности заболевания

	Сферы качества жизни						Общая оценка качества жизни
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	
Длительность заболевания (лет)							
0–3 (n = 10)	14,7±0,74	14,7±0,68	15,0±0,66	15,0±0,71	13,9±0,58	14,6±0,71	88,0±3,18
4–7 (n = 4)	11,0±0,56 ^{3,5}	12,75±0,49 ¹	11,5±0,69 ^{3,5}	13,5±0,66 ⁴	11,75±0,51 ^{2,4}	14,5±0,62	75,0±3,25 ^{2,5}
>7 (n = 24)	11,96±0,52 ^{1,5}	12,52±0,54 ^{1,4}	11,74±0,58 ^{3,5}	12,74±0,53 ^{1,5}	11,78±0,49 ^{2,4}	14,69±0,61	75,43±2,56 ^{2,5}
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,76±0,66	14,16±0,53	16,43±0,61	15,39±0,47	13,33±0,55	15,16±0,49	89,24±2,11

Примечания: показатели для длительности «0–3». «1» — достоверность различия с показателями «4–7» $p < 0,05$; «2» — достоверность различия с показателями «4–7» $p < 0,01$; «3» — достоверность различия с показателями на стадии «4–7» $p < 0,01$; «1» — достоверность различия с показателями «>7» $p < 0,05$; «2» — достоверность различия с показателями «>7» $p < 0,01$; «3» — достоверность различия с показателями на стадии «>7» $p < 0,01$; «4» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,05$; «5» — достоверность различия с показателями «К» $p < 0,01$.

Поскольку характеристики сфер КЖ больных в отсутствие АРВТ все же достоверно отличны от аналогичных параметров КГ, связать этот феномен отсутствия достоверных ухудшений без лечения можно, в первую очередь, с неадекватной оценкой происходящего по причине развития психоорганического синдрома [25–27]. Так, при сравнении показателей сфер КЖ пациентов обеих групп достоверное отличие выявлено только по сфере УН при длительности заболевания более 7 лет, она выше в группе не получавших АРВТ ($p < 0,05$).

Менее других подвержено влиянию содержание духовной сферы, так как больным, вне зависимости от получения АРВТ, рассчитывать приходится в основном на себя, и это является основой для психотерапевтического вмешательства.

С другой стороны, необходимо отметить и тот факт, что на фоне ВИЧ-инфекции клиническое течение имеющейся соматической патологии может существенно изменяться и уже динамика этого заболевания может определять КЖ больных, что требует коррекции схемы медико-психологического сопровождения пациентов.

При сравнительном анализе различий по стадиям ВИЧ-инфекции у больных, получающих и не получающих АРВТ, показано, что по мере прогрессирования заболевания от начальных проявлений заболевания до стадии СПИДа в обеих группах достоверно ($p < 0,05$) ухудшаются параметры всех сфер КЖ, кроме ДС. В процессе изучения показателей сфер КЖ в зависимости от длительности ВИЧ-инфекции установлено, что у больных, имеющих продолжительность заболевания более 7 лет, на фоне АРВТ

достоверно ($p < 0,05$) ухудшаются все параметры КЖ, кроме ДС. Однако на рубеже 3–4 лет болезни достоверных отличий нет по СВ и ДС.

При отсутствии специфической терапии к сроку заболевания 3–4 года достоверное ($p < 0,05$) ухудшение имеет лишь сфера ОС. У пациентов, страдающих более 7 лет, не имеется достоверных ухудшений КЖ как по общей оценке, так и по большинству его отдельных сфер (ФС, ПС, УН, ДС). Это обусловлено развитием психоорганического синдрома с мнестико-интеллектуальным снижением уровня личности. При этом у больных в отсутствие специфической терапии при переходе от стадии «А» к «В» нет достоверного ухудшения по гораздо большему числу характеристик (ФС, ПС, СВ, ОС, ДС) и даже по общей оценке КЖ. То есть, факт получения АРВТ на начальной стадии заболевания влияет на изменение КЖ больных сильнее, чем наличие клинических проявлений болезни.

При сравнении показателей сфер КЖ пациентов обеих групп достоверное отличие выявлено только по сфере УН при длительности заболевания более 7 лет, она выше в группе не получавших АРВТ ($p < 0,05$).

Таким образом, для оптимизации лечебно-диагностического процесса и реабилитационных (медицинских, социальных, профессиональных) мероприятий мониторинг КЖ больных ВИЧ-инфекцией должен проводиться в территориальных Центрах профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями:

- при постановке пациента на учет,
- при амбулаторном обследовании в ходе проведения ежегодной диспансеризации,
- по результатам стационарного обследования, вызванного переходом в более тяжелую клиническую стадию заболевания.

В ходе реализации всех моделей реабилитации больных ВИЧ-инфекцией (экспертная, централизованная на окружении, клиент-центрированная) мониторинг рекомендуется проводить, начиная с момента постановки пациентов на учет, по следующим направлениям:

- возможности различных видов реабилитации с учетом потребностей пациента;
- уточнение влияния проводимой антиретровирусной терапии на различные стороны жизнедеятельности и выделение факторов, вносящих наиболее весомый вклад в обусловленные лечением изменения качества жизни;
- определение эффективности работы лечебно-профилактического учреждения для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.

Литература

1. Смольская Т. Т., Огурицова С. В., Сидоренко А. Ф., Шилова Э. А. ВИЧ-инфекция в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации в 2008 г.: аналитический обзор. СПб.: ФГУН НИИ-ЭМ им. Л. Пастера, 2009. 36 с.

2. Жолобов В. Е. Концепция, структурно-функциональная модель и принципы службы профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями в мегаполисе // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 1. С. 69–73.

3. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Буравцова Е. В. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2011 г. // ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 36. М.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2012. 52 с.

4. The Institute of Medicine. HIV Screening and Access to Care Health Care System Capacity for Increased HIV Testing and Provision of Care. [Электронный ресурс]. <http://www.iom.edu/Reports/2011/HIV-Screening-and-Access-to-Care-Health-Care-System-Capacity-for-Increased-HIV-Testing-and-Provision-of-Care.aspx>, свободный. Загл. с экрана [доступен на 01.04.2011].
5. *Беляков Н. А.* Характер и особенности ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге / Н. А. Беляков, Е. В. Степанова, А. Г. Рахманова, В. Е. Жолобов, Г. В. Волкова, С. И. Дворак, О. В. Пантелеева // Мед. акад. журн. 2009. Т. 9, №3. С. 96–104.
6. *Grant R. M., Lama J. R., Anderson P. L. et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men // *N. Engl. J. Med.* 2010. Vol. 363(27). P. 2587–2599.
7. *Скрипкина Т. П.* Доверие как социально-психологическое явление: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Ростов-на-Дону, 1998. 45 с.
8. *Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Гузенко О. А., Пономарев О. А.* Качество функционирования психиатрического отделения // *Медицинская помощь.* 2002. № 6. С. 35–36.
9. *Дмитриева Т. Б., Клименко Т. В.* Политика государства и общества по преодолению социально значимых проблем злоупотребления наркотиками (системный кризис антиалкогольной политики в России) // *Наркология.* 2008. № 5. С. 9–14.
10. *Казначеев В. П., Трофимов А. В.* Экспериментальные работы по проблеме «Интеллект как космопланетарный феномен» // *Психология и соционика межличностных отношений.* 2008. № 6. С. 34–43.
11. *Веселов Ю. В.* Справедливое распределение здоровья в условиях капиталистической экономики // «Здоровье основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения»: Труды 4-й Всеросс. научно-практ. конференции с междунар. участием, 24–26.11.2009 г. СПб.: Вести, 2009. С. 126–130.
12. *Марилов В. В.* Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 1992. № 3. С. 102–106.
13. *Knowles J. B., Drossman D. A.* Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment // *Evidence based gastroenterology and hepatology / Eds J. McDonald, A. Burnjugh, D. Hagan.* London: BMJ books, 1999. P. 241–260.
14. *Шлаина В. М.* Диагностика в психологии и соционике // *Соционика, ментология и психология личности.* 2008. № 3. С. 8–14.
15. *Карташова И. Г., Гарганеева Н. П., Семке В. Я.* Клинико-психопатологические и личностные особенности больных с гастроинтестинальными заболеваниями в аспекте биопсихосоциального единства // *Ученые записки СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова.* 2010. Т. 17, № 2. Приложение. С. 85–86.
16. *Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140 с.
17. *Лобзин Ю. В.* Реабилитация в системе лечебно-профилактического обеспечения инфекционных больных // *Проблемы реабилитации.* 1999. № 1. С. 98–101.
18. *Wang H., Zhou J., He G. et al.* Consistent ART adherence is associated with improved quality of Life, CD4 counts, and reduced hospital costs in central China // *AIDS Res. Hum. Retroviruses.* 2009. Vol. 25(8). P. 757–763.
19. *Rueda S., Raboud J., Mustard C. et al.* Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV // *AIDS Care.* 2011. Vol. 23(4). P. 435–443.
20. *Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2012. М.: Р. Валент, 2012. 531 с.
21. *Хоффман К., Рокистро Ю. К.* Лечение ВИЧ-инфекции 2011. М.: Р. Валент, 2012. 736 с.
22. *Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В.* Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 96 с.
23. *Бурковский Г. В.* Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / Г. В. Бурковский, А. А. Коцюбинский, Е. В. Левченко, А. С. Ломаченков. СПб., 1998. 53 с.
24. *Юнкеров В. И., Григорьев С. Г.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб., 2002. 266 с.
25. *Улюкин И. М.* Влияние психотерапии на некоторые психологические показатели больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания // *МЕДИЦИНА XXI ВЕК.* 2007. № 5. С. 82–84.
26. *Улюкин И. М.* Нервно-психическая устойчивость больных с ВИЧ-инфекцией // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия.* 2009. Т. 1, № 1. С. 37–43.
27. *Улюкин И. М., Додонов К. Н., Цукер Ю. М.* К вопросу о соматической и психосоциальной адаптации взрослых больных нозокомиальной ВИЧ-инфекцией // *Ученые записки СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова.* 2009. Т. 16, № 4. Приложение. С. 122–125.

Статья поступила в редакцию 19 февраля 2013 г.