

4. В работе симуляционных центров обязательно должны использоваться не только фантомы, но и нативные препараты и виртуальное обучение, что позволит максимально расширить перечень обрабатываемых навыков.

5. Лаборатории практического оборудования должны быть автономными, имеющими свой профессорско-педагогический состав, администрацию и персонал технической поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Муравьев, К. А.* Симуляционное обучение в медицинском образовании — переломный момент / К. А. Муравьев, А. Б. Ходжаян, С. В. Рой // *Фундаментальные исследования*. — 2011. — № 10–3. — С. 534–537.
2. Анализ функционирования центров моделирования в системе подготовки медицинских кадров / Л. Б. Шубина [и др.] // *Виртуальные технологии в медицине*. — 2012. — № 2. — С. 7–12.
3. Имитационное обучение в системе непрерывного медицинского профессионального образования / под ред. чл.-кор. РАМН П. В. Глыбочко. — М.: Изд-во Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, 2012. — 120 с.
4. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении / Н. Б. Найговзина [и др.] // *Виртуальные технологии в медицине: науч.-практич. журн.* — 2013. — № 1 (9). — С. 8.
5. *Пахомова, Ю. В.* Роль симуляционного обучения в системе непрерывного медицинского профессионального образования / Ю. В. Пахомова, Н. Б. Захарова // *Медицина и образование в Сибири*. — 2013. — № 4. — С. 8.

УДК 615.281.8

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Козорез Е. И., Демчило А. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Залогом успеха антиретровирусной терапии (АРТ) являются: максимальная приверженность пациентов лечению, рациональный выбор схемы терапии с учетом особенностей образа жизни пациента, выбор первоначального режима с возможностью использования в последующем максимального числа антиретровирусных препаратов, учет возможности наличия у пациента устойчивых к лекарствам штаммов ВИЧ [1–4].

Антиретровирусные (АРВ) препараты, применяемые в настоящее время в клинической практике для лечения ВИЧ-инфекции, необходимо принимать в течение всей жизни. Успешное лечение снижает вирусную нагрузку ВИЧ до неопределяемого уровня. Если лечение прекратить, то контроль над вирусной нагрузкой утрачивается, и уровень ВИЧ в организме опять начинает стремительно повышаться. Однако жесткие графики приема препаратов, беспокойство по поводу серьезных побочных эффектов в долгосрочной перспективе, а также хорошее самочувствие могут привести к тому, что пациенты обращаются к врачу по поводу прекращения приема АРВ-препаратов [1–2].

Цель

Анализ частоты и причин отказа от приема АРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 494 пациента, начавших прием АРТ с 1 января 2013 г. по 1 января 2014 г. Средний возраст больных составил 36 лет, из них 270 мужчин и 224 женщины. У 296 (60 %) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 196 (39,5 %) — при сексуальных контактах, у 2 (0,5 %) — путь не уточнен. В соответствии с классификацией ВИЧ-инфекции у взрослых, предложенной ВОЗ в 2012 г., на начало терапии в стадии I находилось 99 (20 %) пациентов, II — 176 (36 %), III — 135 (27 %), IV — 84 (17 %). Больные наблюдались в течение 2 лет после начала АРТ.

Показанием к началу АРТ явились или клинические симптомы СПИДа, или иммуносупрессия (количество CD4+ клеток менее 350 в мкл).

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период терапию перестали принимать 48 (9,7 %) пациентов, в том числе 26 (54 %) мужчин и 22 (46 %) женщины. Срок приема АРВ-препаратов составил: у 16

(34 %) человек — менее 3 месяцев, у 23 (48 %) — менее года, у 9 (18 %) — менее 2 лет. Среди прекративших прием АРТ — лица, заразившиеся путем введения наркотических веществ, составляют 31 (65 %), половым путем — 17 (35 %).

В 54 % случаев (26 пациентов) причиной прекращения лечения явилось активное употребление наркотиков, в 27 % (13 пациентов) — злоупотребление алкоголем. У 6 (12,5 %) пациентов, несмотря на терапию, отмечалось неуклонное прогрессирование основного и сопутствующего заболевания, закончившееся летальным исходом. 3 (6,5 %) пациента объяснили причину отказа хорошим самочувствием.

Была исследована связь отказа пациентов от продолжения АРТ со следующими факторами: пол, возраст (до 30 лет и старше), путь инфицирования (внутривенный, половой), уровень CD4 клеток (менее и более 200 клеток в мкл), стадия ВИЧ по классификации ВОЗ (4 и 1, 2, 3). Связь факторов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Связь различных факторов с прекращением приема АРТ

Факторы		Отказавшиеся (n) / продолжившие (n)	ОШ	X ²	p
Пол	Женщины	22/202	1	0,01	0,936
	Мужчины	26/244	1,02		
Возраст	Более 30 лет	27/237	1	0,07	0,796
	Менее 30 лет	21/209	1,13		
Путь инфицирования	Половой	17/179	1,23	0,25	0,615
	Внутривенный	31/265	1		
CD4 менее 200 клеток в мкл		22/124	1	5,93	0,015
Более 200 клеток в мкл		26/322	2,2		
Стадия по классификации ВОЗ	4	17/67	1	11,37	0,01
	1, 2, 3	31/379	1,31		

Выявлена связь отказа от АРТ с первоначальным уровнем CD4 клеток и стадией заболевания. Пациенты с уровнем CD4+-лимфоцитов менее 200 клеток в мкл и 4 стадией по классификации ВОЗ значительно чаще отказывались от продолжения приема АРТ.

Выводы

В течение 96-недельного срока наблюдения за 494 больными, получающими АРТ, установлено 9,7 % случаев прекращения лечения. Основными причинами прекращения терапии были активное употребление наркотических веществ и алкоголя. Большая часть (82 %) пациентов прекратили прием во время первого года и только 18 % — в течение 2 года. Пациенты с уровнем CD4+-лимфоцитов менее 200 клеток в мкл и 4 стадией по классификации ВОЗ значительно чаще отказывались от продолжения приема АРТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либман, Г. ВИЧ-инфекция / Г. Либман, Х. Дж. Макадон. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 560 с.
2. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2012 / Дж. Бартлетт, Дж. Галант. — М.: Р. Валент, 2012. — 528 с.
3. ВИЧ-инфекция и СПИД национальное руководство / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2013. — 630 с.
4. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей. Опортунистические инфекции и заболевания / Н. В. Матиевская [и др.]. — Гродно: ГрГМУ, 2011. — 400 с.

УДК 378:37.017.92

ПАРАДИГМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Коленда А. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Термин парадигма происходит от греч. *paradeigma* производное от двух слов *para* «сверх», «над», «через», «около» и *deigma* — «проявление», «манифестация»; и дословно оз-