

УДК 616-097-022:578.828-06:616.89-008.441.13-084

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-3-34-38

Особенности употребления алкоголя и стратегии его снижения среди ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении

А.А. Яковлев¹, Д. Келли², А.Г. Дьячков³, В.Б. Мусатов¹, Ю.А. Амирханян², А.В. Кузнецова⁴, Д.Г. Пирогов⁴, А.Ю. Мейлахс⁴, В.В. Нечаев⁵

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, С.-Петербург, Россия; ² Медицинский колледж Висконсина, Milwaukee, WI, USA; ³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, С.-Петербург, Россия; ⁴ Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, С.-Петербург, Россия; ⁵ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, С.-Петербург, Россия

Цель: оценить паттерны употребления алкоголя ВИЧ-инфицированными и определить эффективные и неэффективные стратегии по снижению вреда от употребления алкоголя. **Материал и методы.** Проведено анкетирование 286 пациентов с ВИЧ-инфекцией, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении, а также качественное исследование путем метода фокус-групп лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, в г. Санкт-Петербурге. **Результаты.** Практически половина пациентов демонстрировала небезопасный уровень употребления алкоголя, что оказывало неблагоприятное влияние на приверженность к медицинскому наблюдению. Лица из ближайшего окружения ВИЧ-инфицированных оказывали как позитивное, так и негативное влияние на паттерны употребления алкоголя. **Заключение.** Употребление алкоголя – распространенная поведенческая практика среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, требующая периодического мониторинга. Ближайшее окружение больного оказывает влияние на его поведение и может быть использовано при планировании профилактических программ в области аддиктивной патологии.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, приверженность лечению, алкогольная зависимость, антиретровирусные препараты, качественное исследование

Поступила в редакцию 03.04.2019 г. Принята к печати 08.06.2020 г.

Для цитирования: Яковлев А.А., Келли Д., Дьячков А.Г., Мусатов В.Б., Амирханян Ю.А., Кузнецова А.В., Пирогов Д.Г., Мейлахс А.Ю., Нечаев В.В. Особенности употребления алкоголя и стратегии его снижения среди ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2020;3:34–8. doi: 10.34215/1609-1175-2020-3-34-38

Для корреспонденции: Дьячков Андрей Георгиевич – ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8), ORCID: 0000-0003-3590-9145; e-mail: cd4@inbox.ru

Alcohol consumption features and strategy to reduce its consumption among HIV-positive inpatient and outpatient patients

A.A. Yakovlev¹, J. Kelly², A.G. Dyachkov³, V.B. Musatov¹, Y.A. Amirkhanian², A.V. Kuznetsova⁴, D.G. Pirogov⁴, A.Yu. Meylakh⁴, V.V. Nechaev⁵

¹ Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia; ² Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA; ³ First Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia; ⁴ Botkin Clinical Isolation Hospital, Saint Petersburg, Russia; ⁵ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

Objective: To assess the patterns of alcohol consumption by HIV-positive patients and to determine effective and ineffective strategies to reduce harm from alcohol consumption. **Methods:** A survey of 286 HIV-positive inpatient and outpatient patients was carried out as well as a qualitative study by focus group method of HIV-positive individuals living in St. Petersburg. **Results:** Almost the half of patients has demonstrated a dangerous level of alcohol consumption that affected adherence to treatment. Persons closest to HIV-positive patients have both positive and negative effect on the patterns of alcohol consumption. **Conclusions:** Alcohol consumption is a common behavioral practice among HIV-positive patients requiring periodic monitoring. Persons closest to a patient influence his/her behavior and can be used in planning of preventive measures in addictive pathology.

Keywords: HIV infection, adherence to treatment, alcohol dependence, antiretroviral drugs, quality research

Received: 3 April 2019; Accepted: 8 June 2020

For citation: Yakovlev AA, Kelly J, Dyachkov AG, Musatov VB, Amirkhanian YA, Kuznetsova AV, Pirogov DG, Meylakh AY, Nechaev VV. Alcohol consumption features and strategy to reduce its consumption among HIV-positive inpatient and outpatient patients. *Pacific Medical Journal*. 2020;3:34–8. doi: 10.34215/1609-1175-2020-3-34-38

Corresponding author: Andrey G. Dyachkov, MD, Department of Infectious Diseases and Epidemiology, First Pavlov State Medical University (6–8 Lva Tolstogo St., Saint Petersburg, 197022, Russian Federation); ORCID: 0000-0003-3590-9145; e-mail: cd4@inbox.ru

Употребление алкоголя – фактор, влияющий на приверженность людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, к медицинскому наблюдению и лечению, увеличивающий риск госпитализации и летального исхода [1, 2]. Вместе с тем процесс тестирования и терапии, а также психологические аспекты, связанные с принятием диагноза ВИЧ-инфекции, служат мощными стрессовыми факторами и приводят к социальной дезадаптации на всех стадиях этого заболевания [3]. Частота употребления алкоголя среди ВИЧ-инфицированных и в общей популяции в целом сопоставима и ассоциирована с риском неблагоприятных клинических исходов этой инфекции [4]. Особую роль в повышении частоты употребления алкоголя при установлении диагноза ВИЧ-инфекции играют степень стигматизации пациентов в обществе и возможность получения ими адекватной социальной поддержки от ближайшего окружения [5]. При выявлении ВИЧ-инфекции человек проходит через несколько стадий принятия диагноза, каждая из которых характеризуется типовыми психологическими реакциями [6]. На каждой из этих стадий физиологические и психологические аспекты заболевания оказывают влияние на приверженность лечению и медицинскому наблюдению. При этом среди ВИЧ-инфицированных чаще, чем в общей популяции, встречаются депрессивные расстройства, и резко повышен риск суицидального поведения [7, 8].

Воздействие ВИЧ-инфекции на употребление алкоголя является многоплановым и претерпевает изменения в процессе принятия диагноза как самим пациентом, так и его окружением [9]. В то же время употребление алкоголя ускоряет прогрессирование инфекционного процесса, а отдельные исследования демонстрируют увеличение употребления спиртных напитков пациентами на стадии СПИДа [10]. Как было показано в нашей предыдущей работе, употребление алкоголя отрицательно сказывается на регулярности посещений врача-инфекциониста такими больными [11].

Для определения эффективных стратегий профилактических вмешательств в области ВИЧ-инфекции и аддиктивной патологии активно используются инструменты качественных исследований, которые ориентированы на описание проблемы со стороны участников процесса и позволяют получить уникальную информацию в контексте местных условий и особенностей [12]. Качественные исследования позволяют выявить и описать факторы, препятствующие вовлечению ВИЧ-инфицированных в медицинское наблюдение, и барьеры приверженности терапии [13].

Цель исследования: оценить паттерны употребления алкоголя ВИЧ-инфицированными и определить эффективные и неэффективные стратегии по снижению вреда от употребления алкоголя.

Материал и методы

В исследование были включены две группы ВИЧ-инфицированных, подписавших информированное согласие. Первую группу составили пациенты, находившиеся на

амбулаторном лечении, вторую – госпитализированные в специализированные отделения Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург) в 2017 г. Все лица, включенные в исследование, проходили письменное анкетирование, которое носило анонимный характер и осуществлялось в индивидуальном порядке. Основная анкета включала в себя вопросы, отражающие социально-демографические характеристики, определение поведенческих рисков, наличие наркологической патологии и опыта приема антиретровирусных препаратов (АРВ). Оценка уровня употребления алкоголя проводилась на основании одобренного ВОЗ опросника «Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя» (The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT). Согласно рекомендованной методике по результатам тестирования все пациенты были условно разделены на три группы: 1) безопасное употребление алкоголя, 2) опасное употребление алкоголя, 3) высокий риск или наличие алкогольной зависимости [14].

Связь между отдельными ответами в опросниках проверялась с помощью таблиц сопряженности и точного критерия Фишера (для таблиц, построенных по небольшим объемам данных) или критерия χ^2 (для таблиц, построенных по большим выборкам). Сравнение количественных параметров проходило с использованием непараметрического теста Манна–Уитни–Уилкоксона. Для принятия решения о статистической значимости различий между группами применялся порог на уровне $p \leq 0,05$. Величина отношения шансов (ОШ) была охарактеризована 95 % доверительным интервалом (ДИ). Все расчеты делались в системе компьютерной математики R (версия 3.4.1).

Качественный этап исследования был проведен среди пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Было организовано семь фокус-групп с дружескими сетями ВИЧ-позитивных лиц. Всего в фокус-группы было включено 40 человек, входящих в состав семи дружеских интернет-сетей.

Результаты исследования

Информированное согласие на участие в исследовании дали 286 человек, включая 121 амбулаторного и 165 стационарных пациентов. Все они приняли участие в письменном анкетировании, затрагивающем социально-демографические показатели, опыт лечения ВИЧ-инфекции и вопросы аддиктивной патологии. Различающиеся параметры по результатам анкетирования отражены в табл. 1.

По данным анкеты AUDIT половина пациентов соответствовала критериям безопасного употребления алкоголя, около трети – критериям опасного употребления, а высокий риск алкогольной зависимости и ее наличие выявлены практически в каждом пятом случае (табл. 2). Среднее количество стандартных порций алкоголя (14 г чистого алкоголя, что соответствует примерно 45 мл крепкого алкоголя или 150 мл вина, или 350 мл пива), которые употребляли опрошенные

Таблица 1

Различающиеся параметры амбулаторных и стационарных пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией

Параметр		Амбулаторные пациенты		Стационарные пациенты	
		абс.	%	абс.	%
Пол	мужчины	102	84,3 ^б	92	55,8
	женщины	19	15,7	73	44,2
Сексуальная ориентация	исключительно гетеросексуальная	65	53,7	155	94,0
	преимущественно гетеросексуальная	1	0,8	2	1,2
	бисексуальная	4	3,3	3	1,8
	преимущественно гомосексуальная	6	5,0	1	0,6
	исключительно гомосексуальная	45	37,2 ^в	2	1,2
	не ответили	–	–	2	1,2
АРВТ ^а на момент анкетирования		75	61,9 ^г	71	43,0

^а Антиретровирусная терапия.

^б ОШ – 4,23, 95% ДИ: 2,32–8,06; $p < 0,001$ (для пола).

^в ОШ – 52,9, 95% ДИ: 13,16–462,96; $p < 0,001$ (для сексуальной ориентации).

^г ОШ – 2,15, 95% ДИ: 1,3–3,6; $p = 0,00184$.

Таблица 2

Расстройства, обусловленные алкоголем, у ВИЧ-инфицированных

Результат AUDIT	Амбулаторные пациенты		Стационарные пациенты		Все пациенты	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безопасное употребление	64	52,9	80	48,5	144	50,4
Опасное употребление	38	31,4	41	24,8	79	27,6
Риск или наличие зависимости	19	15,7	44	26,7	63	22,0
Всего:	121	100,0	165	100,0	286	100,0

за последнюю неделю, равнялось 13,5 (медиана – 9 порций). Максимальное потребление алкоголя, отмеченное среди участников фокус-групп, составило 55 стандартных порций за последнюю неделю.

В ходе качественных интервью было подтверждено, что употребление алкоголя – распространенная поведенческая практика среди ВИЧ-инфицированных. Из 40 человек, участвовавших в глубинных интервью, три четверти (33 человека) сообщили, что употребляли алкоголь за последний месяц, а каждый второй (22 человека) употребляли его за последнюю неделю. Среди 40 участников фокус-групп на момент проведения исследования семь ежедневно употребляли алкоголь, двенадцать практиковали эпизодическое употребление и еще двенадцать – употребляли алкогольные напитки редко и в малых дозах (по праздникам или «особым случаям»). Шесть человек воздерживались от алкоголя, находясь в процессе выздоровления при лечении зависимости от психоактивных веществ, трое опрошенных отмечали редкий прием алкоголя в малых дозах из-за преимущественного употребления психоактивных препаратов.

Отдельное внимание было уделено изучению влияния алкоголя в разные периоды жизни пациентов на различных стадиях развития ВИЧ-инфекции. В период постановки диагноза, когда они только узнавали о ВИЧ-позитивном статусе, 10 из 40 человек отметили увеличение употребления алкоголя, в том числе восемь подтвердили, что стали выпивать больше, а двое сообщили об однократном чрезмерном употреблении

для снятия стресса после подтверждения диагноза. Еще 17 участников опроса не отметили значимых изменений в количестве употребляемого алкоголя на тот момент, шесть человек снизили его, а семеро сообщили о «неактуальности алкоголя» поскольку на тот момент употребляли другие психоактивные вещества – как правило, внутривенные наркотики. При детальном анализе информации (цитат), полученной от участников, которые рассказывали о снижении употребления алкоголя или о том, что алкоголь не принимали вообще, было показано, что значимая часть подобных ответов была связана с общим ухудшением здоровья и скорее с «невозможностью выпивать», чем с сознательным решением «прекратить пить». Среди пациентов, которые употребляли алкоголь в этот период, большинство (18 человек) считало, что его прием никак не повлиял на их включение в медицинское наблюдение, при этом шесть человек отметили, что употребление алкоголя затягивало первый визит к врачу. Были зафиксированы и противоположные мнения о влиянии спиртных напитков на регулярность визитов к врачу. Так, 13 человек считали, что алкоголь не мешал их приверженности к наблюдению, приводя следующие аргументы:

- ♦ не пьют несколько дней до визита к врачу из-за возможного влияния употребления на результаты анализов;
- ♦ не беспокоятся о последствиях употребления алкоголя даже накануне врачебного визита («не заморачивался и с перегаром мог прийти»);

- ♦ записываются к врачу заранее и соответственно могут спланировать употребление алкоголя;
- ♦ практикуют крайне малое и редкое употребление спиртных напитков, не влияющее на выполнение визитов.

Другая группа (8 участников) рассказали о ситуациях, когда алкоголь выступал барьером для визита к врачу, так как они отмечали:

- ♦ плохое самочувствие наутро после чрезмерной выпивки, из-за чего не смогли выполнить визит, пропустили или перенесли его;
- ♦ пропуск визита при совпадении времени консультации и времени мероприятия, на котором предполагалось употребление спиртных напитков;
- ♦ спонтанное (незапланированное) употребление алкоголя и отказ от визита;
- ♦ период запоя, намерение появиться у врача после прекращения употребления алкоголя, которое все не наступало.

Основные паттерны употребления алкоголя в период начала антиретровирусной терапии – это снижение его дозы или стабильное употребление в малых количествах. Приводились следующие мнения, обосновывающие снижение дозы: «доктор сказал, что лучше не пить», «когда начала терапию и напилась, стало очень плохо, поняла, что лучше не пить». При этом участники признавали, что спиртные напитки рассматриваются многими из них как барьер для приверженности терапии. 16 членов фокус-групп рассказали о личном опыте, когда из-за употребления алкоголя они пропустили или задержали прием препаратов: «перебрал, уснул, не услышал будильник», «я мог забыть выпить лекарство, когда был пьян или спал... но все равно принимал его по истечении 4–5 часов», «когда пьешь, за временем не всегда можно уследить, бывало такое, что пропускаешь, вспоминаешь – время, когда нужно было выпить вечерние таблетки, давно упущено, а утром тяжело встать, соответственно, можно пропустить еще и утренний прием».

Обсуждение полученных данных

При сопоставимых показателях возраста, уровня образования и семейного статуса среди амбулаторных пациентов достоверно чаще встречались лица, получавшие АРП, лица мужского пола и мужчины, практиковавшие секс с мужчинами. По результатам анализа опросника AUDIT можно заключить, что половина опрошенных, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах наблюдения, имели небезопасный уровень употребления спиртных напитков. При сравнении этого уровня среди амбулаторных и стационарных пациентов определено, что мужчины, получающие лечение в стационаре, чаще чем мужчины на амбулаторном лечении имели риск или наличие алкогольной зависимости. Среди женщин такой закономерности выявлено не было. Показана статистически достоверная разница в употреблении алкоголя в зависимости от сексуальной ориентации: исключительно гетеросексуальные респонденты обоих

полов в отличие от исключительно гомосексуальных чаще имели алкогольную зависимость и опасный уровень употребления спиртных напитков. Сходная закономерность была отмечена и для уровня образования: лица с законченным средним и средним специальным образованием чаще характеризовались опасной степенью употребления алкоголя и риском или наличием алкогольной зависимости, чем люди с законченным высшим образованием. Последние чаще, чем лица с неоконченным высшим образованием демонстрировали безопасный уровень употребления алкоголя. Достоверных различий по объему употребления спиртных напитков среди амбулаторных и стационарных пациентов в зависимости от приема АРП не зарегистрировано.

Установлено, что не только употребление алкоголя самим ВИЧ-инфицированным, но и близкими людьми, влияло на срывы визита к врачу. Например, описывалась ситуация, когда, полагаясь на помощь близкого и обещание посидеть с ребенком, женщина запланировала визит в поликлинику, но в последний момент из-за состояния алкогольного опьянения у близкого человека, визит в медицинское учреждение не состоялся.

Важным результатом исследования стало выявление довольно распространенного в среде лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, паттерна сознательного отказа от терапии, из-за опасений, что входящие в состав АРП лекарства, принятые с алкоголем, либо не подействуют, либо принесут вред организму: «я считаю терапия на пьянку – еще хуже будет», «я не пью лекарства вечером, если планируется алкоголь», «мне говорили, что лечение не подействует, я тоже его не принимаю (когда выпиваю)», «даже наркотики лучше употреблять с терапией, в смысле – действует хотя бы, а с алкоголем – нет». В целом, более половины участников качественного исследования придерживались мнения о взаимонегативном сочетании АРП и алкоголя.

Полученные результаты свидетельствуют, что буквально любая ситуация может выступить триггером употребления алкоголя: праздник или атмосфера веселья, встреча с родственниками, совместный отдых с друзьями, стрессы и негативные переживания, совместное проведение времени с выпивающими людьми, наконец, просто выходные. При этом выявлено ограниченное число причин, которые могут заставить сдержаться, выпить меньше или вовсе отказаться от употребления спиртных напитков. В качестве таких сдерживающих факторов участники исследования называли:

- ♦ важные дела или взятые на себя обязательства (надо на работу, на встречу, предстоит авиаперелет, нужно сесть за руль);
- ♦ ответственность перед семьей и близкими людьми (переживания и забота о близких, возможная угроза отношениям из-за алкоголя, жизнь с непьющим человеком);
- ♦ ответственность перед детьми – могут остановить само присутствие ребенка, мысли о негативном примере для ребенка, беременность (ее наличие или планирование);

- ♦ ухудшение здоровья (плохое самочувствие после приема алкоголя, ухудшение результатов анализов, соматические осложнения, связанные с алкоголем, реальная угроза здоровью, негативный пример знакомых);
- ♦ рекомендации врачей, которым доверяет пациент, по ограничению или исключению алкоголя, отказ от алкоголя перед запланированным медицинским визитом.

Более редкими были упоминания о таких мотивах отказа от алкоголя как: финансовые причины (дорого пить качественный алкоголь), опасения за срыв ремиссии от наркотической зависимости и, наконец, наличие внутреннего самоконтроля (его отметили только три человека из 40).

В качестве неэффективной социальной поддержки для контроля употребления спиртных напитков были названы такие формы воздействия, как прямые запреты, угрозы, ультиматумы, ограничение свободы, «чтение нотаций», обесценивание роли в семье, навешивание ярлыка «алкоголик», унижение достоинства, негативное отношение окружающих к попыткам полного отказа от алкоголя или уменьшения его приема, различные рекомендации от людей, имеющих собственные проблемы с алкоголем.

Заключение

Настоящее исследование свидетельствует, что употребление алкоголя широко распространено среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, и отрицательно сказывается на их сохранении в системе медицинского наблюдения. Важной особенностью стало получение информации на основе управляемой дискуссии среди реально существующих дружеских сетей ВИЧ-инфицированных. Проведенное качественное исследование является одной из первых пилотных работ в области ВИЧ-инфекции в России, в которой систематически изучается социальная поддержка и взаимодействие внутри социальных сетей. Данные, полученные при анализе результатов работы с фокус-группами позволили выявить особенности социальной поддержки и ее влияние на приверженность медицинскому наблюдению и лечению. Помимо установления широкого распространения употребления алкоголя среди ВИЧ-инфицированных было продемонстрировано его значение в качестве барьера, препятствующего включению пациентов в систему медицинского сервиса и снижающего приверженность к лечению. Выявлены «работающие» советы по контролю объема выпиваемого алкоголя и, наоборот, неприемлемые, неэффективные, в том числе способные спровоцировать на употребление алкоголя.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы статьи получили финансовую поддержку РФФИ в рамках научного проекта №17-56-30026 и Национального института психического здоровья США (грант № R01MH113555).

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – ААЯ, ДК, ЮАА

Сбор и обработка материала – АГД, ДНП, АВК, АЮМ
Статистическая обработка – АГД
Написание текста – АГД, ВБМ, ВВН

Литература / References

1. Akgün KM, Gordon K, Pisani M, Fried T, McGinnis K, Tate J, et al. Risk factors for hospitalization and medical intensive care unit (MICU) admission among HIV-infected veterans. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(1):52–9.
2. Braithwaite RS, Bryant KJ. Influence of alcohol consumption on adherence to and toxicity of antiretroviral therapy and survival. *Alcohol Res Health*. 2010;33(3):280–7.
3. Kontomanolis EN, Michalopoulos S, Gkasdaris G, Fasoulakis Z. The social stigma of HIV-AIDS: Society's role. *HIV/AIDS (Auckl)*. 2017;9:111–8.
4. Freiberg MS, McGinnis KA, Kraemer K, Samet JH, Conigliaro J, Curtis E, et al. The association between alcohol consumption and prevalent cardiovascular diseases among HIV infected and uninfected men. *Journal of acquired immune deficiency syndromes. J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53(2):247–53.
5. Hansen NB, Cavanaugh CE, Vaughan EL, Connell CM, Tate DC, Sikkema KJ. The influence of personality disorder indication, social support, and grief on alcohol and cocaine use among HIV-positive adults coping with AIDS-related bereavement. *AIDS and Behavior*. 2009;13(2):375–84.
6. Ramovha R, Khoza LB, Lebesse RT, Shilubane HN. The psychological experience of HIV and Aids by newly diagnosed infected patients at hospital A of Vhembe District, Limpopo Province. *J AIDS Clinic Res*. 2012;S1:006. doi: 10.4172/2155-6113.S1-006
7. Carrieri MP, Marcellin F, Fressard L, Préau M, Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS ONE*. 2017;12(2):e0171645. doi: 10.1371/journal.pone.0171645
8. Lakoa RM, Noubiap JJN, Fang Y, Ntone FE, Kuaban C. Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV-positive patients: A cross-sectional study among newly diagnosed patients in Yaoundé, Cameroon. *BMC Psychiatry*. 2013;13:228.
9. Sundararajan R, Wyatt MA, Woolf-King S, Pisarski EE, Emenyonu N, Muyindike WR, et al. Qualitative study of changes in alcohol use among HIV-infected adults entering care and treatment for HIV/AIDS in Rural Southwest Uganda. *AIDS and Behavior*. 2015;19(4):732–41.
10. Lake-Bakaar G, Grimson R. Alcohol abuse and stage of HIV disease in intravenous drug abusers. *J R Soc Med*. 1996;89(7):389–92.
11. Яковлев А.А., Амирханян Ю.А., Мусатов В.Б., Чайка Н.А., Яблонский П.К., Кострицкая С.С. Новые методологические подходы в улучшении вовлечения ВИЧ-инфицированных пациентов в систему оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2014;6(1):66–73. [Yakovlev AA, Amirkhanyan YA, Musatov VB, Chaika NA, Yablonskiy PK, Kostritskaya SS. New approaches to increasing the involvement of HIV patients in health care in St. Petersburg. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2014;6(1):66–73 (In Russ).]
12. Power R. The role of qualitative research in HIV/AIDS. *AIDS*. 1998;12(7):687–95.
13. Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Кузнецова А.В., Мейлахс А.Ю., Амирханян Ю.А., Чайка Н.А. Мнения специалистов о факторах, способствующих и препятствующих вовлечению и удержанию ВИЧ-инфицированных пациентов в систему медицинского сервиса. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2015;7(1):101–7. [Yakovlev AA, Musatov VB, Kuznetsova AV, Meylakh AY, Amirkhanyan YA, Chaika NA. Professional opinions about factors that facilitate or hamper HIV patients attracting to and retaining in the scope of health care services. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2015;7(1):101–7 (In Russ).]
14. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care WHO/MSD/MSB/01.6a. WHO. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf (Accessed April 12, 2019).