

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Станько Э.П.¹, Игумнов С.А.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь, 230009, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, 80

² Научно-исследовательский институт наркологии филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России 119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., 3
edk_st@mail.ru; [sigmnov67@gmail.com](mailto:sigmov67@gmail.com)

Статья поступила 27.04.2016

В статье представлен современный подход к определению критериев прогноза эффективности лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией с использованием метода КАПИН, основу которого составляет оценка количественных показателей медико-социального статуса наркозависимых пациентов.

Ключевые слова: наркозависимость, ВИЧ, критерии, прогноз, эффективность лечения, КАПИН.

Существующий подход к оценке эффективности лечения наркотической зависимости сводится, в основном, к определению сроков длительности полной ремиссии, под которой понимается однозначный отказ наркозависимых пациентов (НЗП) от приема наркотиков [9]. Подобная оценка представляется недостаточной потому, что опиоидная зависимость с присущей ей навязчивой и непреодолимой тягой к наркотику, являясь хроническим рецидивирующим заболеванием, даже под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты здоровья заставляет НЗП принимать наркотики. Поэтому при планировании и оказании медицинской помощи НЗП, особенно инфицированным вирусами гепатита В, С и/или ВИЧ, необходимо учитывать ряд медицинских и психосоциальных проблем, характерных для НЗП с сочетанной патологией [11].

Среди потребителей наркотических средств (ПНС), употребляющих опиаты, наблюдается высокая инфицированность гепатотропными вирусами. На первом году наркотизации инфицируются вирусами гепатита С и В от 30 до 50% ПНС [5]. Распространенность вирусного гепатита С среди ПНС достигает 60–70% [8]. Более 10% НЗП инфицированы ВИЧ [7].

В течение года более 70% НЗП многократно находятся на лечении, после однократного курса стационарного лечения 90% НЗП в течение года возобновляют прием наркотиков [4]. Максимальная вероятность рецидива наблюдается при малых сроках воздержания и резко снижается после года нахождения в реабилитационных программах [2]. Длительную ремиссию (более 1 года) удается достичь лишь в 1/3 случаев. Полная ремиссия в течение года возможна у 7–9,1% НЗП с опытом участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах государственных центров в [1]. Одной из причин распространения наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции остается низкая эффективность проводимых с НЗП профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий [10; 12].

Лечение НЗП с сочетанной патологией (ВИЧ, вирусными гепатитами) представляет собой сложную задачу, когда необходимо выбрать наиболее оптимальную лечебную тактику — одновременная терапия заболеваний или последовательное лечение каждого из них. При выборе последовательной терапии необходимо выделить приоритетное заболевание, в определении которого главным фактором является прогностическая значимость.

Образ жизни НЗП нередко оказывает негативное влияние на основные этапы лечебно-реабилитационного процесса. В частности, образ жизни НЗП с ВИЧ-инфекцией может быть одним из ограничителей продолжительности антиретровирусной терапии. Низкая приверженность лечению у НЗП с сочетанной патологией, невысокая средняя продолжительность жизни, низкая курабельность наркотической зависимости, причины смерти, определяемые образом жизни НЗП позволяют считать наркотическую зависимость более таутогенной, чем вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекцию.

Целью исследования настоящей работы явилось выявление критериев, позволяющих прогнозировать эффективность терапии наркотической зависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным объектом исследования были ВИЧ-инфицированные пациенты с опиоидной зависимостью, проживающие на территории Республики Беларусь. Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) исследование с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения — спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клинико-психологическое исследование выполнялось с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты больных, по протоколу, в соответствии с правилами

ми GCP [6]. Изучение критериев эффективности терапии НЗП проводилось с использованием структурированного интервью КАПИН [3].

Обследовано всего 376 ВИЧ-позитивных (ВПН) и 444 ВИЧ-негативных пациентов (ВНН) с опиоидной зависимостью. В основную группу (ВПН) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МК-5-10. Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года ($SD = 5,54$); мужчин – 33,7 года ($SD = 5,59$); женщин – 30,8 лет ($SD = 4,86$). Профиль аддиктивного поведения НЗП оценивался путем измерения клиничко-функциональных показателей на выборке из 238 ВПН, средний возраст 32,5 ($SD = 5,1$) года и 289 ВНН, средний возраст 31,0 ($SD = 6,1$) год. Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не соглашавшиеся на обследование, в состоянии отмены, с психотическим расстройством, выраженными органическими изменениями личности, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания, умственной отсталостью, шизофренией.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAL 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочно распределения количественных признаков использовались среднее арифметическое (M) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате $M \pm SD$, а также медиана (Me) и интерквартильный размах в формате $Me (LQ - UQ)$, где LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль. Для сопоставления групп по количественным признакам использовались непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для связанных групп. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В мировой практике в качестве критериев эффективности лечения используется широкий набор индикаторов терапевтического результата, где полная ремиссия, как единственная цель программы лечения наркозависимости, не рассматривается [9]. Длительное злоупотребление опиатами сопряжено с ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью потребителей наркотиков, риском инфицирования, безработицей, нарушением семейных связей, криминальной активностью [2].

Эффективность оказанной медицинской помощи НЗП может быть оценена по изменениям во многих проблемных областях, связанных с потреблением наркотиков. Многофакторная оценка эффективности лече-

ния пациентов с опийной зависимостью осуществлена на основе множественности результатов, затрагивающих различные аспекты: активность потребления наркотиков, оказанная помощь, наличие проблем вследствие инъекционного потребления наркотиков, лечение наркозависимости и ВИЧ-инфекции; интенсивность наркотизации; рискованное поведение; социальное функционирование; состояние физического и психического здоровья; динамический профиль аддиктивного поведения [3].

При исследовании активности потребления наркотиков установлено, что ВПН начинали употреблять наркотики примерно на 1,5 года раньше ВНН. Средний возраст на момент начала потребления наркотиков у ВПН составил 18,6 (SD = 3,38) лет, у ВНН – 20,0 (SD = 4,31). В течение жизни активность потребления наркотиков ВНН и ВПН характеризовалась как умеренная (0,9 раз/неделю) и высокая (1 раз/день у ВНН и 1,2 раза/день у ВПН). Активность потребления наркотиков на момент исследования у пациентов обеих групп была высокой. ВНН принимали наркотик в среднем 2,4 (SD = 0,71) раза в день, ВПН – 2,5 (SD = 3,24).

Впервые за медицинской помощью обратились 7,9% ВПН и 3,8% ВНН. Чаще всего пациенты обеих групп обращались за наркологической (98,3% ВПН и 99,3% ВНН) и психологической (42,8% ВПН и 49,1% ВНН) помощью, реже – психиатрической (13,4% ВПН и 7,3% ВНН) и социальной (1,3% ВПН и 2,4% ВНН). Медицинскую помощь большая часть ВПН предпочитала получать в стационарных (89,9%) или в амбулаторных (79,8%) условиях, ВНН – чаще в стационарных (91% ВНН), чем в амбулаторных условиях (43,9%). Общеприятые психотропные средства получали 84% ВПН и 82,7% ВНН, детоксикацию прошли 45,8% ВПН и 88,9% ВНН, мотивирующее консультирование – 35,3% ВПН и 37% ВНН, находились под другим психотерапевтическим воздействием – 29,4% ВПН и 42,6% ВНН.

Опыт участия в программе заместительной терапии (ПЗТ) отсутствовал у 232 (80,3%) ВНН и 114 (47,9%) ВПН. Препаратом выбора у 18,3% ВНН и 17,2% ВПН был метадон, суточная доза которого у ВНН колебалась в пределах 40–110 мг, у ВПН – от 20 до 120 мг. Чаще всего ПЗТ проводилась в стационаре (38/15,9% ВПН и 39/13,5% ВНН), реже – амбулаторно (5/2,1% ВПН и 27/9,3% ВНН). Средняя продолжительность нахождения в ПЗТ у ВПН составила 0,4 месяца, у ВНН – 1,2 месяца. Основной причиной прекращения участия в ПЗТ у 8 (3,4%) ВПН и 6 (2,1%) ВНН были нарушения режима. Среди других причин можно выделить арест (0,4% ВПН и 2,4% ВНН); самовольный отказ от участия в программе (0,8% ВПН и 3,1% ВНН); депортация из Чехии, Швейцарии (0,7% ВНН); осужден – 0,3% ВНН.

По сравнению с ВНН, у ВПН за последний месяц в 2 раза чаще наблюдались проблемы, вызванные инъекционным потреблением наркотиков: передозировки – у 199 (83,6%) ВПН и 134 (46,4%) ВНН; абсцессы – у 170 (71,4%) ВПН и 92 (31,8%) ВНН; кровоподтеки – у 183 (76,9%) ВПН и 113 (39,1%) ВНН; грубые рубцы – у 135 (56,7%) ВПН и 42 (14,5%) ВНН; трудности при выполнении инъекций – у 228 (95,8%) ВПН и 156 (83,6%) ВНН; «грязная» инъекция, вызвавшая тошноту – у 223 (93,7%) ВПН и 240 (83,0%) ВНН. Частота встречаемости передозировок за последний месяц среди ВПН в 3,1 раза была выше, чем у ВНН.

Пациенты обеих групп совершали многократные попытки отказа от употребления наркотиков. Количество попыток больше зарегистрировано среди ВПН, у которых интерквартильный размах составил Ме 7,0 (3,0 – 11,0), у ВНН – Ме 3,0 (2,0 – 6,0). Если единичные попытки чаще совершали ВНН (153/52,9%), чем ВПН (66/27,7%), то многократные – чаще ВПН (167/70,2%), чем ВНН (128/44,3%).

При оценке эффективности лечения наркозависимости значение имеют количество госпитализаций вследствие наркотизации, наличие ремиссий, их длительность, сопутствующая патология, опыт участия в реабилитационных программах. За лечением в связи с наркозависимостью не обращались 1,7% ВПН и 0,7% ВНН, интерквартильный размах числа госпитализаций у ВПН колебался в пределах Ме 3,0 (2,0 – 5,25), ВНН – Ме 2,0 (1,0 – 4,0). При почти одинаковой продолжительности стационарного лечения ВПН (11,1 (SD = 5,6)) и ВНН (10,4 (SD = 6,4) дней), длительность терапевтической ремиссии у ВПН составила Ме 7,0 (2,0 – 10,0), ВНН – Ме 3,0 (1,0 – 30,0). После амбулаторного лечения длительность воздержания у ВПН колебалась в интервале значений Ме 5,0 (2,0 – 7,0), у ВНН – Ме 10,0 (4,0 – 14,0). Интерквартильный размах количества случаев нахождения на амбулаторном лечении у ВПН составил Ме 5,0 (2,0 – 10,0), у ВНН – Ме 3,0 (1,0 – 6,0) при средней продолжительности амбулаторного лечения у ВПН Ме 7,0 (2,0 – 10,0) и ВНН – Ме 5,0 (2,0 – 10,0) дней.

Длительность спонтанных ремиссий (без предшествующего лечения) у пациентов обеих групп превышала длительность терапевтической ремиссии. Частота случаев спонтанных ремиссий более высокой была у ВПН (Ме 4,0 (2,0 – 9,25)), чем у ВНН (Ме 1,0 (1,0 – 3,0)). По длительности спонтанных ремиссий интерквартильный размах у ВПН колебался в пределах Ме 0,5 (0,2 – 1,0) и у ВНН – Ме 0,25 (0,1 – 6,0) месяцев. В течение последнего месяца воздерживались от приема наркотика в привычных условиях доступа к нему однократно 53 (18,3%) ВПН и 5 (1,7%) ВНН, дважды – 7 (2,4%) ВПН. Несмотря на наличие у наркопотребителей разных по тяжести проблем со здоровьем, большинство из них (197/68,2% ВПН и

278/96,2% ВНН) за дополнительной лечебно-консультативной помощью в связи с рецидивом наркотизации, злоупотреблением алкоголем, иными медико-социальными проблемами, не обращались.

Большая часть обследованных (157/54,3% ВПН и 214/74,0% ВНН) с попыткой участия в программах реабилитации (ПР) по преодолению зависимости не имела. Пациенты с опытом участия в ПР для преодоления зависимости по частоте участия распределились следующим образом: однократно принимали участие в ПР 34 (11,8%) ВПН и 17 (5,9%) ВНН, 2 раза – 10 (3,5%) ВПН и 3 (1,0%) ВНН, 3 раза – 3 (1,0%) ВПН и 1 (0,3%) ВНН. В среднем, период времени, в течение которого пациенты оставили ПР у ВПН составил $0,33 \pm 0,85$ месяца, у ВНН – $0,67 \pm 0,11$. Несмотря на то, что ВПН чаще находились на реабилитации, дольше в ПР удерживались ВНН. Воздержание, связанное с ПР у 33 (11,4%) ВПН и 17 (5,9%) ВНН ограничивалось сроками пребывания в самой программе. Причем дважды воздержание ограничивалось сроками пребывания в ПР у 10 (3,5%) ВПН и 2 (0,7%) ВНН, трижды – у 3 (1,0%) ВПН и 1 (0,3%) ВНН.

Обстоятельства прекращения лечения наркозависимости предпочитали не раскрывать 53 (18,3%) ВНН и 12 (3,0%) ВПН. Причиной прекращения лечения наркозависимости у ВНН чаще всего были окончание курса терапии (101/34,9% ВНН и 32/13,4% ВПН) или отказ по заявлению/собственному желанию от лечения (61/21,1% ВНН и 35/14,7% ВПН). Однако основной причиной отказа от лечения наркозависимости у пациентов обеих групп было нарушение лечебного режима. Чаще лечебный режим нарушали ВПН (143/60,1%), чем ВНН (117/40,5%). Причиной прекращения лечения наркозависимости у 13 (5,5%) ВПН было развитие побочных явлений и различных осложнений. Основным мотивом отказа от наркологической помощи у 130 (54,6%) ВПН и 129 (44,6%) ВНН было скептическое отношение к возможностям лечения, основанное на негативном опыте знакомых. Причиной отказа от наркологической помощи нередко были опускания постановки на учет, которые наблюдались чаще среди ВНН (61/19,1%), чем среди ВПН (15/6,3%). Вообще не испытывали намерений прекращать потребление наркотика 93 (39,1%) ВПН и 91 (31,5%) ВНН, так как были уверены в своей способности осуществить отказ от наркотиков без посторонней помощи. Скрининг потребления наркотиков у 143 (60,1%) ВПН и 103 (35,6%) ВНН никогда не проводился, у 73 (30,7%) ВПН и 155 (53,6%) ВНН проводился однократно, у 17 (7,1%) ВПН и 29 (10,0%) ВНН – регулярно.

Сопутствующих заболеваний не имели 2 (0,8%) ВПН и 8 (2,7%) ВНН. Чаще среди ВПН (114/47,9%) и ВНН (44/15,2%) наблюдались заболевания дыхательной системы, реже – мочевыделительной (8/3,4% ВПН; 2/0,7%

ВНН) и сердечно-сосудистой (6/2,5% ВПН; 2/0,7% ВНН), желудочно-кишечного тракта (13/5,5% ВПН; 4/1,4% ВНН). Наиболее распространенным заболеванием среди пациентов с опийной зависимостью был вирусный гепатит С, которым страдали 230 (96,6%) ВПН и 245 (84,7%) ВНН. Вирусным гепатитом В были инфицированы 57 (23,9%) ВПН и 21 (9,7%) ВНН; туберкулезом – 14 (5,9%) ВПН и 9 (3,1%) ВНН; инфекциями, передаваемыми половым путем – 65 (27,3%) ВПН и 10 (3,4%) ВНН. Более частая встречаемость гемоконтактных инфекций у ВПН по сравнению с ВНН может указывать на наличие у ВПН более рискованных форм инъекционного и полового поведения. Тревожными расстройствами чаще страдали ВНН (16/5,5%), чем ВПН (6/2,5%), органическими психическими и аффективными расстройствами – ВПН (15/6,3% и 6/2,5% соответственно), чем ВНН (4/1,4%). Встречаемость поведенческих или психопатоподобных расстройств среди ВПН (9/3,8%) и ВНН (11/3,8%) была одинаковой.

Следует отметить, что около половины ВПН (104/43,7%) за лечением в связи с ВИЧ-инфекцией не обращались. Средний возраст на момент инфицирования ВИЧ составил 26,2 (SD = 4,9) лет. Были госпитализированы в связи с ВИЧ-инфекцией дважды – 47 (16,3%) ВПН, однократно – 15 (5,2%) ВПН, трижды – 8 (2,8%) ВПН. Среднее число госпитализаций вследствие лечения ВИЧ составило $0,94 \pm 0,12$ случаев; средняя продолжительность стационарного лечения – $2,2 \pm 0,4$ дней; количество случаев проведения амбулаторной терапии – $0,25 \pm 0,03$; средняя продолжительность амбулаторного лечения – $5,2 \pm 0,75$ месяцев. Дополнительная лечебно-консультативная помощь в связи с ВИЧ или иными медико-социальными проблемами оказывалась крайне редко. Регулярная систематическая оценка тяжести иммунитета не проводилась у большинства ВПН. Из когорты обследованных ВПН, которым проводилась оценка тяжести иммунодефицита, количество лимфоцитов (CD_4^+) находилось в пределах значений Me 390,0 (255,0 – 512,5) в мкл, число копий РНК – Me 1250,0 (882,5 – 1500,0) в мл.

Основным мотивом прекращения лечения ВИЧ у 76 (31,9%) ВПН было отсутствие лечебного эффекта, у 53 (22,3%) ВПН – негативно влияющие на повседневную жизнь побочные эффекты антиретровирусной терапии, у 55 (23,1%) ВПН – гепатотоксичность лекарственных препаратов, проблемы с функционированием печени. Не раскрывать мотив прекращения лечения ВИЧ предпочитали 56 (23,5%) ВПН. Вместе с тем в процессе лечения ВИЧ 130 (54,6%) ВПН старались соблюдать врачебные рекомендации.

В оценке терапевтического результата важное значение имеет характер потребления психоактивных веществ. Ежедневное употребление опио-

тов практиковали 216 (90,7%) ВПН и 236 (81,6%) ВНН; несколько раз в неделю, но не ежедневно – 21 (8,8%) ВПН и 52 (17,9%) ВНН. В среднем число потребляемых в день доз опиатов у ВПН составило 2,5 ($SD = 0,73$), у ВНН – 2,0 ($SD = 0,85$). Основным способом введения опиатов был интравенный. Опыт орального приема наркотика имели 89 (37,4%) ВПН и 27 (9,3%) ВНН, ингаляционного (курение) – 32 (13,4%) ВПН и 19 (6,4%) ВНН. Кроме опиатов в течение последнего месяца алкоголь употребляли 105 (44,1%) ВПН и 67 (23,2%) ВНН, каннабиноиды – 32 (13,4%) ВПН и 10 (3,5%) ВНН, психостимуляторы – 13 (5,5%) ВПН и 7 (2,4%) ВНН. Из спиртных напитков предпочитали пиво 62 (26,1%) ВПН и 34 (11,7%) ВНН, водку – 35 (14,7%) ВПН и 31 (10,7%) ВНН, джин-тоник – 3 (1,3%) ВПН и 1 (0,3%) ВНН, вино – 2 (0,8%) ВПН. С частотой раз в неделю употребление каннабиноидов практиковали 23 (9,7%) ВПН и 23 (7,9%) ВНН, психостимуляторов – 6 (2,5%) ВПН и 6 (2,1%) ВНН. На разовый прием каннабиноидов в течение месяца указали 9 (3,8%) ВПН и 2 (0,7%) ВНН, психостимуляторов – 7 (2,9%) ВПН. Средняя суточная доза потребляемого наркотика при инъекционном введении у ВПН составила 54,1 ($SD = 529,9$), ВНН – 685,3 ($SD = 405,2$) г семян мака. Средняя длительность сформированной зависимости к моменту обследования составила у ВПН 13,9 ($SD = 4,79$) лет, ВНН – 10,9 ($SD = 6,03$).

Анализ поведения потребителей наркотиков, связанного с риском для их здоровья, чрезвычайно важен для оценки результатов лечения. Показатели интенсивности наркотизации в течение последнего месяца у пациентов обеих групп были почти одинаковыми. Так количество дней, когда употребление наркотического средства осуществлялось шприцем с помощью инъекции, у ВПН составило 29,8 ($SD = 0,69$) дней, у ВНН – 29,6 ($SD = 1,64$), количество случаев инъекционного введения наркотического средства в день у ВПН было 2,48 ($SD = 0,62$), у ВНН – 2,42 ($SD = 0,71$). Частота рискованного инъекционного поведения у ВПН и ВНН была разной. В среднем, количество случаев использования игл, шприцев, которыми пользовались другие для введения наркотического средства оказалось выше у ВПН ($3,17 \pm 0,32$), чем у ВНН ($1,83 \pm 0,23$). Рискованные формы полового поведения наблюдались у пациентов обеих групп. Следует отметить, что в половые отношения без использования презерватива чаще попадали ВПН, у которых количество половых партнеров составило в среднем $1,32 \pm 0,13$, у ВНН – $1,24 \pm 0,10$. Общее число случаев проникающего секса без средств защиты у ВНН ($5,21 \pm 0,32$) оказалось выше, чем у ВПН ($4,25 \pm 0,27$).

Показателями эффективной помощи НЗП часто являются улучшение качества их жизни и социального функционирования, адаптированности

с появлением новых интересов и поддержки окружающих, что сопряжено с нормализацией социального статуса, активизацией социальных контактов, улучшением межличностных отношений в обществе и семье, снижением конфликтных отношений, повышением занятости, снижением криминальной активности, стигматизации и дискриминации, связанных с наркотизацией и ВИЧ-статусом, ослаблением тяжести заболевания, улучшением общего и психического здоровья, снижением риска вероятности рецидива.

Анализ социальных контактов НЗП в течение последнего месяца с лицами из ближайшего окружения показал высокую интенсивность их общения. Так, интерквартильный размах числа дней общения с партнерами у ВПН колебался в пределах Ме 30,0 (22,7 – 30,0), ВНН – Ме 30,0 (20,0 – 30,0); с родственниками – у пациентов обеих групп находился в пределах Ме 30,0 (20,0 – 30,0); с друзьями – у ВПН в интервале значений Ме 30,0 (24,0 – 30,0), ВНН – Ме 30,0 (30,0 – 30,0). Однако частота конфликтных дней при общении выше у ВПН, чем у ВНН. Так с партнерами интервал значений показателя «количество конфликтных дней при общении» у ВПН находился в пределах Ме 10,5 (5,0 – 15,0), ВНН – Ме 7,0 (3,0 – 14,5); с родственниками – у ВПН в интервале значений Ме 15,0 (10,0 – 20,0), ВНН – Ме 12,0 (5,0 – 15,0); с друзьями – у ВПН в пределах Ме 11,0 (5,0 – 15,0), ВНН – Ме 10,0 (5,0 – 15,0). Наиболее высоким уровень конфликтных отношений зарегистрирован у пациентов обеих групп с родственниками и составил у ВПН 60,8 баллов, у ВНН – 53,4 балла. Менее высоким уровнем конфликтных отношений был с партнерами, где у ВПН составил 46,3, у ВНН – 39,5 балла; с друзьями – у ВПН находился в пределах 45,7 баллов, у ВНН – 40,9.

Одним из значимых индикаторов результативности лечения НЗП является их занятость. В течение последнего месяца интерквартильный размах показателя «количество дней оплачиваемой работы» у ВПН колебался в пределах Ме 2,0 (1,0 – 22,0), ВНН – Ме 4,0 (1,0 – 20,0); показателя «количество дней в качестве безработного» – у ВПН в интервале значений Ме 30,0 (28,0 – 30,0), ВНН – Ме 22,0 (18,0 – 30,0).

Снижение криминальной активности НЗП является одним из критериев эффективности оказания медико-социальной помощи. Оценке подлежат правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотиков (торговлей, распространением), получением средств для их приобретения путем мошенничества, совершения имущественных преступлений, преступлений с применением насилия. Количество преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (НОН) в течение последнего месяца у пациентов обеих групп было разным. Преступления, связанные с

НОН, совершили однократно 52 (18,0%) ВПН и 26 (9,0%) ВНН, 2 раза – 38 (13,1%) ВПН и 20 (6,9%) ВНН, 3 раза – 1 (0,3%) ВПН и 18 (6,2%) ВНН, 5 раз – 3 (1,0%) ВПН и 16 (5,5%) ВНН. В среднем количество имущественных преступлений (взлом, грабеж, кража), совершенных ВПН составило $0,91 \pm 0,9$ случаев, у ВНН – $0,67 \pm 0,8$; преступлений с применением насилия (разбой) – у ВПН $0,08 \pm 0,2$ случаев, у ВНН – $0,05 \pm 0,1$; мошенничества – у ВПН $0,92 \pm 0,1$ случаев, у ВНН – $0,37 \pm 0,05$.

Для оценки результатов лечения значение имеют количество случаев стигматизации и дискриминации пациентов, связанных с наркозависимостью и ВИЧ-статусом. В течение последнего месяца интерквартильный размах показателя «количество случаев переживаний страха подвергнуться дискриминации» у ВПН колебался в пределах Ме 1,0 (1,0 – 5,0), ВНН – Ме 1,0 (1,0 – 3,0); показателя «количество случаев переживаний стигматизации в связи с болезнью» у ВПН в интервале значений Ме 2,0 (1,0 – 5,0), ВНН – Ме 0,0 (0,0 – 5,0); показателя «количество дней жизни за гранью общепринятых социальных норм (плохое питание, материальная обеспеченность)» у ВПН в интервале Ме 2,0 (0,0 – 7,0), ВНН – Ме 0,0 (0,0 – 1,0); показателя «количество серьезных жизненных потрясений и кризисов» у ВПН в интервале Ме 3,0 (0,0 – 7,0), ВНН – Ме 1,0 (0,0 – 4,0); показателя «количество ощущений отсутствия социальной стабильности, семейной/общественной поддержки» у ВПН в интервале значений Ме 3,0 (0,0 – 7,0), ВНН – Ме 1,0 (0,0 – 6,0).

Одной из характеристик результативности лечения наркозависимости является улучшение общего и психического здоровья НЗП, ослабление тяжести симптомов заболевания, снижение риска рецидива. При этом оценивается количество жалоб, связанных с наркозависимостью на момент обследования и психологическое состояние пациентов. Общее количество жалоб на момент обследования находилось у ВПН в интервале значений Ме 16,0 (12,0 – 20,0), у ВНН – Ме 10,88 (8,0 – 14,0). Наиболее частыми жалобами у пациентов были усталость, утрата энергичности, слабость, плохой аппетит, снижение веса тела, беспокойный сон, повышенная температура потливость по ночам и проблемы с зубами. Легкая кровоточивость, нарушения зрения и порезы с накладыванием швов наблюдались чаще у ВПН, чем у ВНН. Интервал значений показателя «количество физических симптомов» у ВПН в течение последнего месяца колебался в пределах Ме 24,0 (13,0 – 30,0), у ВНН – Ме 14,0 (8,0 – 22,0). Интерквартильный размах значений показателя тревоги у ВПН составил Ме 16,0 (11,0 – 24,0), у ВНН – Ме 11,0 (7,0 – 17,0); депрессии – у ВПН в пределах Ме 16,5 (10,0 – 24,0), у ВНН – Ме 10,0 (6,0 – 17,0), что указывает на наличие у пациентов обеих групп клинически выраженных тревожно-депрессивных переживаний.

Современные прогностические подходы к оценке результатов лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией основаны на анализе количественных показателей их медико-социального статуса, составляющих клинический и социальный критерии эффективности лечения. Возможность многофакторной оценки КАПИН позволяет определить выраженность медицинских и социальных проблем НЗП, целенаправленно планировать лечебно-реабилитационные мероприятия, осуществлять сбалансированное медико-социальное воздействие, добиться оптимизации лечения, проводить мониторинг эффективности медицинской помощи и при необходимости, сравнительный анализ результативности различных моделей лечения и реабилитации.

Таким образом, прогноз эффективности лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией можно осуществить на основе определения количественных показателей их медико-социального статуса, формирующих клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дудко Т.Н., Кошкина Е.А., Борисова Е.В., Казутина Е.А., Котельникова Л.А. Оценка эффективности интегрированной системы реабилитации больных наркоманией: методические рекомендации. — М.: ННЦ наркологии, 2009. — 30 с.
2. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Дифференцированные подходы к терапии опиатной зависимости: профилактика рецидивов : пособие для врачей. — М., 2004. — 24 с.
3. Игумнов С.А., Ставило Э.П., Гелда А.П. Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом для динамической оценки эффективности лечения : практическое пособие. — Минск: Профессиональные издания, 2012. — 92 с.
4. Илюк Р.Д., Ермо-Беллекур И.В., Торбан М.Н. и др. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков: пособие для врачей / под общ. ред. Е.М. Крупицкого. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. — 47 с.
5. Мазурчик Н.В. Особенности поражения печени у героиновых наркоманов : дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 109 с.
6. Надлежащая клиническая практика: ГОСТР 52379-2005. — М.: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии : Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный

- ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – (дата обращения 22.11.2014).
7. *Огурцов П.П., Мазурчик Н.В.* Лечение хронического гепатита С у лиц с наркотической зависимостью. // Гепатологический форум. – 2007. – №3. – С. 16–20.
 8. *Олейник О.С.* и др. Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации : отчет по результатам Российско-Британской научно-исследовательской программы. – М. : Радуга, 2009. – 128 с.
 9. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) // Русский народный сервер против наркотиков NarCom.ru [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/158>. – (дата обращения 11.05.2016).
 10. *Станько Э.П.* и др. Современная оценка результатов лечения опиоидной зависимости у пациентов с различным ВИЧ-статусом. // Сб. статей Республиканской научно-практической конференции «Современные медицинские технологии в условиях регионального здравоохранения». – Пинск: ПолесГУ, 2012. – С. 85–88.
 11. *Станько Э.П., Игумнов С.А.* Критерии многофакторной оценки эффективности лечения опиоидной зависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений : материалы второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения». Москва, 8–9 декабря 2015 г. / отв. ред. д-р мед. наук, проф. И.А. Зражевская. – М.: РУДН, 2015. – С. 397–413.
 12. *Bobrova N., Rhodes T., Power R.* et al. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities. // Drug Alcohol Depend. – 2006. – Vol. 82. – Suppl. 1. – P. 57–63.