



ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

Научно-практический рецензируемый журнал

Зарегистрирован Министерством информации Республики Беларусь

Свидетельство о государственной регистрации СМИ № 23 от 17.02.2009 г.

Издается с 2006 года

Выходит 4 раза в год

№ 1 (42) 2017

январь-март

Подписные индексы: в каталоге «Белпочты» — 74 827, в каталоге «Роспечать» — 5472

Адрес для писем:

220006, г. Минск,
ул. Ленинградская, 6, каб. 2
Тел.: 328-58-92
E-mail: Medjournal@bsmu.by

Подписано в печать
с готовых диапозитивов
17.01.2017 г.

Бумага офсетная
Гарнитура
FranklinGothicBookC
Печать офсетная
Формат 60×84 1/8
Усл. печ. л. 18,6
Тираж 608 экз.
Заказ № 6

Отпечатано
в ОАО «Красный звено»
220073, г. Минск,
1-й Загородный пер., 3
Лиш. № 0230199,
введ. 14.06.2014, до 30.04.2019
Министерством информации
Республики Беларусь

© Белорусский
государственный
медицинский
университет,
2017

Учредитель

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
220116, г. Минск, пр-т Дзержинский, 83
<http://www.bsmu.by>

Главный редактор

С. Н. Шнитко, д-р мед. наук, проф.

Зам. главного редактора

А. А. Бова, д-р мед. наук, проф.

Редакционная коллегия:

А. С. Еськов (г. Минск), председатель редколлегии,
В. Н. Бордюков (г. Минск), д-р мед. наук, проф., секретарь редколлегии,
С. А. Мекленов (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
В. А. Аничкин (г. Гомель), д-р мед. наук, проф.,
В. В. Богдан (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
Л. Н. Бисенков (г. Санкт-Петербург), д-р мед. наук, проф.,
П. Г. Боровиков (г. Москва), д-р мед. наук, проф.,
Ю. М. Гай (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
Ю. И. Галлингер (г. Москва), д-р мед. наук, проф.,
Г. В. Гарелик (г. Гродно), д-р мед. наук, проф.,
С. В. Губкин (г. Минск), первый проректор БГМУ, проф.,
И. И. Гулько (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
И. Н. Денисов (г. Москва), д-р мед. наук, проф., академик РАН,
О. К. Доронина (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
С. В. Жаворонок (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
В. В. Жарков (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
К. В. Жданов (г. Санкт-Петербург), д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН,
С. А. Жидков (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
А. Кехаев (г. София), д-р мед. наук,
Б. Н. Котин (г. Санкт-Петербург), д-р мед. наук, проф.,
Х. Х. Лавинский (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
Г. Лобжанидзе (г. Тбилиси), д-р мед. наук, проф.,
Ю. В. Лобзин (г. Санкт-Петербург), д-р мед. наук, проф., академик РАН,
И. Б. Максимов (г. Москва), д-р мед. наук, проф.,
М. И. Михайлов (г. Москва), д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН,
Т. В. Мохорт (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
В. Мутафчийски (г. София), д-р мед. наук, проф.,
Н. Н. Пилипцевич (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
А. В. Прохоров (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
М. И. Римжа (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
В. В. Руденок (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
Г. П. Рычагов (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
А. В. Сикорский (г. Минск), ректор БГМУ,
А. Н. Стожаров (г. Минск), д-р биол. наук, проф.,
Е. Л. Трисветова (г. Минск), д-р мед. наук, проф.,
К. Р. Юсиф-заде (г. Баку), д-р мед. наук

Редактор Л. И. Жук

6. Berg, E. A. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking / E. A. Berg // J. Gen. Psychol. — 1948. — Vol. 39. — P. 15–22. 6.

7. Cowan N. Evolving conceptions of memory storage, selective attention and their mutual constraints within the human information-processing systems / N. Cowan // Psychological Bulletin. — 1988. — Vol. 104. — P. 163–191. 7.

8. Early cannabis use, polygenic risk score for schizophrenia and brain maturation in adolescence / L. French [et al.] // JAMA Psychiatry. — 2015. — Vol. 72. — P. 1002–1011. 132.

9. Effect of high-potency cannabis on corpus callosum microstructure / S. Rigucci [et al.] // Psychol. Med. — 2016. — Vol. 46. — P. 841–854. 136.

10. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review/ N. D. Volkow [et al.] // JAMA Psychiatry. — 2016. - Vol. 73. — P. 292-297. 138.

11. Shallice, T. Can the neuropsychological case study approach be applied to schizophrenia / T. Shallice, P. W. Burgess // Psychological Medicine. — 1991. — Vol. 21. — P. 661-673. 8.

12. Shared predisposition in the association between cannabis use and subcortical brain structure/ D. Pagliaccio [et al.] // JAMA Psychiatry. — 2015. — Vol. 72. — P. 994-1001. 133.

13. The effects of cannabis on memory function in users with and without a psychotic disorder: findings from a combined meta-analysis / T. Schoeler [et al.] // Psychol. Med. — 2016. — Vol. 46. P. 177–188. 137.

Поступила 11.12.2016 г.

Э. П. Станько¹, С. А. Игумнов²

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

Научно-исследовательский институт наркологии —

филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России Москва²

В статье представлен современный подход к оценке эффективности лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией, основу которого составляет определение количественных показателей медико-социального статуса наркозависимых пациентов, формирующих клинические и социальные критерии эффективности лечения наркозависимости с использованием авторской методики «Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков» (КАПИН).

Ключевые слова: наркозависимость, ВИЧ, клинические и социальные критерии, оценка эффективности лечения, «Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков» (КАПИН).

E. P. Stan'ko, S. A. Igumnov

THE COMPLEX APPROACH TO THE EFFICIENCY OF TREATMENT OF OPIATE ADDICTION AT PATIENTS WITH HIV INFECTION

Complex approach to an assessment of efficiency of treatment of opiate drug addiction at patients with HIV infection which basis is made by definition of quantitative indices of the medical and social status of the drug-addicted patients forming clinical and social criteria of efficiency of treatment of a drug addiction with use of the original method "Measurement of Addictive Behavior of Injection Drug Users" is presented in the article.

Key words: opiate drug addiction, HIV, clinical and social criteria, assessment of efficiency of treatment, the method "Measurement of Addictive Behavior of Injection Drug Users".

Низкая эффективность лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, проводимых наркозависимыми пациентами (НЗП) является одной из причин рецидивирования наркоманий и ВИЧ-инфекции [1, 9]. Более 70% НЗП многократно в течение года попадают на лечение, 90% НЗП после однократного курса стационарного лечения в течение года возобновляют прием наркотиков [2]. Лишь у 7–9,1% НЗП, имеющих опыт участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах государственных центров в течение года наблюдается полная ремиссия [5].

Существующий подход к оценке эффективности лечения наркоманий сводится, в основном, к определению сроков длительности полной ремиссии, под которой понимается полный отказ НЗП от приема наркотиков [6]. По-

добная оценка представляется недостаточной потому, что опийная зависимость, являясь хроническим рецидивирующим заболеванием с навязчивой и непреодолимой тягой к наркотику, заставляет НЗП принимать наркотик даже под угрозой утраты здоровья и тяжелых социальных последствий. Поэтому, при планировании и оказании медицинской помощи НЗП, особенно при присоединении ВИЧ-инфекции, необходимо учитывать ряд медицинских и психосоциальных проблем, характерных для НЗП [7, 10].

Анализ эффективности проводимой терапии является одним из этапов оценки используемых в наркологии медицинских технологий, в частности авторского метода «Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков» (КАПИН) для оценки эффективности лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфек-

цией [1, 3]. Конечным итогом анализа является выбор критериев оценки эффективности лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией, в том числе и на последующих этапах оценки результативности терапии, что делает возможным проведение анализа «затраты-эффективность» [8].

В качестве источников информации об эффективности применения метода КАПИН выступают результаты клинических исследований, где эффективность метода выражена в виде количественных показателей, посредством которых в клинической практике осуществляется контроль успешности лечения конкретного пациента [3, 8]. Необходимость разработки научно-обоснованных критериев эффективности лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией путем оценки количественных показателей их медико-социального статуса и определила цель настоящего исследования.

Материалы и методы. Основным объектом исследования были ВИЧ-инфицированные пациенты с опийной зависимостью, проживающие на территории Республики Беларусь. Исследование проводилось в рамках договора о безвозмездном научном сотрудничестве между Учреждением образования «Гродненский государственный медицинский университет» (Республика Беларусь) и НИИ наркологии — филиалом ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» (Москва, Россия). Объектом исследования были клинические и психосоциальные характеристики зависимых пациентов с ВИЧ (ВПН) и без ВИЧ-инфекции (ВНН) до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии. Предмет исследования — изучение связи между вышеуказанными характеристиками и показателем эффективности лечения.

Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и проспективное исследование с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения на этапе катamnестического 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 принципами GCP [4]. Изучение эффективности терапии НЗП проходило с использованием «Карты аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков» (КАПИН) [1, 3].

Для подробного ознакомления с данным психометрическим инструментом рекомендуем ссылку: (<http://www.bsmu.by/downloads/vrachu/instrumii/143-1012.pdf>).

Инструмент создан для использования в клинических условиях и получения количественных данных. Заполнение КАПИН занимает в среднем около 30 мин. Исследователю предлагается наблюдать действия на мониторинга и оценки результатов лечения на любом из этапов терапии. Оценочные действия включают проведение клинического интервью с помощью разработанной структурированной карты тестирования обследуемого с использованием психометрических шкал, позволяющих исследователю выявить его основные жалобы, симптомы физического неблагополучия и психических расстройств и определить их выраженность. Интервьюирование пациентов организовано в очной форме при необходимости дополнительные сведения уточняются по телефону и используется проверочная информация (например, от родственников); осуществляется клинико-лабораторный контроль.

КАПИН представляет собой комплекс диагностических секций: секция А — общая информация; секция Б — интенсивность наркотизации; секция В — рискованные формы поведения; секция Г — социальное функционирование; секция Д — состояние физического и психического здоровья; секция Е — динамический профиль аддиктивного поведения. КАПИН заполняется лечащим врачом секций А, Б, В, Г) в ходе клинического интервью на основании информации о пациенте после ознакомления с анамнезом и клиническим состоянием ПИН при его добровольном согласии на исследование. Секция Д заполняется непосредственно пациентом под контролем исследователя. Секция Е заполняется исследователем на основании информации, полученной из секций Б, В, Г, Д. При заполнении КАПИН могут использоваться регистрационные бланки для ответов произвольной формы. При заполнении секций А, Б, В, Г предусматривается фиксацию у потребителей характеристик — ответов на регистрационном бланке для ответов. Использование КАПИН позволяет собрать краткий наркологический анамнез, включающий социально-демографические параметры; характеристику активности потребления наркотиков в течение жизни и на момент обследования; информацию о полученной ранее помощи (в т.ч. медицинская помощь, предшествующее участие в реабилитационных программах (РП); обстоятельства прекращения участия в РП; наличие проблем, вызванных инъекционным нарколизом; попытки отказа от наркотиков; опыт лечения в связи с потреблением наркотиков; обстоятельства прекращения лечения наркозависимости; основной мотив отказа от наркологической помощи; скрининг потребления наркотиков; сопутствующие соматические заболевания; ВИЧ-анамнез, опыт лечения ВИЧ; оценку тяжести иммунодефицита; схему медикаментозной терапии наркозависимости и ВИЧ-инфекции с указанием суточных доз; соблюдение врачебных рекомендаций (Секция А. Приложение).

Секция Б предназначена для оценки интенсивности потребления ПАВ (в т.ч. наркотических средств) в течение последнего месяца. Из представленного перечня ПАВ необходимо отметить потребляемое вещество с указанием количества принимаемых доз или таблеток в день, способа и частоты потребления, средней длительности сформированной наркозависимости к моменту обследования и средней суточной дозы (мг) потребляемого наркотика при инъекционном приеме.

При работе с секцией В необходимо отметить количество дней, когда осуществлялся прием наркотика с помощью инъекций; количество инъекционных введений наркотика в день; количество случаев использования для введения наркотиков инструментария, которым пользовались другие; число людей, с которыми вступали в половые отношения без использования средств защиты; общее количество случаев проникающей половой близости без средств защиты. Завершающим итогом работы с секцией В является оценка поведенческих факторов риска при ПИН и сексуальной активности ПИН за последний месяц.

Секция Г отражает особенности социального функционирования ПИН, включающие анализ социальных контактов с лицами из ближайшего окружения, занятости и криминальной активности в течение последнего месяца, а также явлений стигматизации, социального статуса и дискриминации со стороны общества.

Секция Д посвящена изучению состояния физического и психического здоровья ПИН с помощью перечня наиболее часто встречаемых основных жалоб; психометриче-

ской оценки психофизического состояния ПИН. В работе с секцией Д при выполнении раздела Д1 «Основные жалобы на момент обследования» пациент указывает жалобы из перечня представленных, которые беспокоят его на момент обследования путем отметки в соответствующей ячейке таблицы справа, где указано «Обследование» и его временной интервал. Ответы на пункты раздела Д1 секции Д подсчитываются путем суммирования числа предъявленных жалоб при каждом обследовании. При выполнении раздела Д2 секции Д «Оценка физического состояния», каждый из них оценивается по 5-балльной шкале (от 0 до 4), где «0» соответствует позиция «симптом никогда не наблюдался в течение последнего месяца»; «1» — редко; «2» — иногда; «3» — часто; «4» — всегда. Пациент в соответствующей ячейке отмечает беспокоящий его симптом в виде цифры (выбранный балл шкалы) из перечня симптомов, указанных в левой части таблицы под непосредственным контролем исследователя. Подсчет набранных баллов (общий балл) производится путем простого сложения величин градаций всех симптомов, отмеченных пациентом. Полученные результаты раздела Д2 секции Д позволяют систематически оценить присутствие и выраженность основных симптомов, отражающих физическое состояние пациента.

Оценка психического состояния, в частности, выраженности тревожно-депрессивных переживаний (раздел Д3 секции Д) у ПИН оценивается с использованием несложного и общеизвестного инструмента — HADS — госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Преимущества шкалы HADS заключаются в простоте ее использования, не вызывают затруднений у пациента, не требуют продолжительного времени и обработки, что позволяет применять ее для первичного выявления тревоги и депрессии. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении тревожно-депрессивных расстройств. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: подшкала А — «тревога» (нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), и подшкала D — «депрессия» (четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют варианты ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию от шести симптомов от 0 баллов (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале А и D, при этом выделяются три области значений: 0–7 баллов — норма; 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия. Интерпретация ответов (секция D) осуществляется на основании подсчета и анализа актуальных жалоб для ПИН на момент обследования, выраженности основных симптомов психофизического состояния пациента.

Секция Е «Функциональный профиль аддиктивного поведения» является завершающей и представляет обобщающий модуль, состоящий из 5 разделов: интенсивность наркотизации, функциональные показатели здоровья, социальное функционирование, рискованное поведение и противоправная активность. Интенсивность наркотизации характеризует частоту употребления ПАВ, в т.ч. ПИН. Анализ социального функционирования, рискованного поведения, противоправной активности проводится путем использования параметров, полученных при выполнении секции Г в соответствии с временными интервалами исследования.

Временными точками исследования являются: при поступлении (1-е исследование); при выписке из лечебного учреждения (2 исследование); через 1 мес. после завершения лечения или в ходе проведения терапии, при динамическом наблюдении (3-е исследование); через 3 мес. динамического наблюдения (4-е исследование); через 6 мес. наблюдения (5-е исследование); через 12 мес. наблюдения (6-е исследование). Оценка функциональных показателей здоровья осуществляется на основании результатов, полученных при выполнении секции D.

Интерпретация данных проводится на основании параметров, полученных от пациента по каждому из разделов секций. Комплексная, содержательная, обобщенная характеристика дает доказательную оценку изменений состояния пациента и эффективности лечения. Многофакторный анализ эффективности лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом завершается расчетом оценки вероятности благоприятного исхода («ВБИ») с использованием коэффициента ($K_{\text{ВБИ}}$): $K_{\text{ВБИ}} = (DN+ / DNO + DN-) \times 100\%$, где DN+ — положительная динамика, эффективное лечение, ремиссия; DN- — отрицательная динамика, неэффективное лечение, постоянное употребление (активная зависимость); DNO — отсутствие динамики, неэффективное лечение, эпизодическое употребление.

Нами обследованы 376 ВПН и 444 ВНН. В основную группу (ВНН) включены пациенты с установленным диагнозом «хроническая зависимость» F11.2х и «ВИЧ», 20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст ВПН варьировал от 18 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 клинико-функциональных показателей на выборке из 238 ВПН, средний возраст 32,5 (SD = 5,1) года и 289 ВНН, средний возраст 32,0 (SD = 6,1) год. Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не согласившиеся 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 STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков использовались математические ожидания (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 и обсуждение. Длительное злоупотребление опиатами сопряжено с ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью потребителей наркотиков, риском инфицирования, незанятостью, нарушением семейных связей, криминальной активностью [11]. Эффективность оказанной медицинской помощи НЗП может быть оценена по изменениям во многих проблемных областях, связанных с потреблением наркотиков. Так, многофакторная оценка эффективности медицинской помощи,

оказанной 527 пациентам 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 наркопотребления 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 обследования у пациентов обеих групп была высокой. В среднем, ВНН принимали наркотик 2,4 (SD = 0,71) раза в день, ВПН — 2,5 (SD = 3,94) раза в день.

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; 7,3% ВНН) и социальной (1,3% ВПН; 2,4% ВНН). Медицинскую помощь большая часть ВПН предпочитали получать в стационарных (89,9%) или в амбулаторных (79,8%) условиях, ВНН — чаще в стационарных (91,0% ВНН), чем в амбулаторных условиях (42,9%). Пациенты обеих групп предпочитали лечиться без депрессивными психотропными средствами (84% ВПН и 82,7% ВНН), детоксикацию прошли 45,8% ВПН и 88,9% ВНН, мотивирующее консультирование — 35,3% ВПН и 50,0% ВНН, находились под другим психотерапевтическим воздействием — 29,4% ВПН и 42,6% ВНН.

По сравнению с ВНН, у ВПН в 2 раза чаще за последний месяц встречались проблемы, связанные с инъекционным потреблением наркотиков: перебои с кровью — у 99/83,6% ВПН и 134/46,4% ВНН; абсцессы — у 170/71,4% ВПН и 92/31,8% ВНН; кровотечения — 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 256/88,6% ВНН; «грязная» инъекция, вызвавшая тошноту — у 23/9,3% ВПН и 240/83,0% ВНН. Частота встречаемости перебои с кровью среди ВПН (0,28) в 3,1 раза выше, чем у ВНН (0,09).

Пациенты обеих групп совершали многократные попытки отказа от употребления наркотиков. Больше количество попыток зарегистрировано среди ВПН, интерквартильный размах у которых составил Me7,0 [3,0–11,0], у ВНН — Me6,0 [3,0–6,0]. Если единичные попытки совершали чаще 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, однако число госпитализаций у ВПН составило в среднем 4,5 [SD = 4,0] случаев, у ВНН — 3,1 [SD = 3,34]. При почти одинаковой продолжительности стационарного лечения ВПН (11,1

[SD = 5,6]) и ВНН (10,4 [SD = 6,4] дней), более длительная терапевтическая ремиссия наблюдалась у ВПН (37,4 [SD = 119,6] дней), чем у ВНН (33,5 [SD = 69,2]). Длительность ремиссии после амбулаторного лечения короче была у ВПН (9,7 [SD = 49,6] дней), чем у ВНН (10,7 [SD = 30,7]). При этом, на амбулаторном лечении чаще находились ВПН (5,7 [SD = 5,2] случаев), чем ВНН (4,1 [SD = 4,1]) с разницей в продолжительности амбулаторного лечения в один день (ВПН — 6,8 [SD = 4,1] дней, ВНН — 5,8 [SD = 5,3]). Длительность спонтанных ремиссий (без предшествующего лечения) у пациентов обеих групп превышала величину терапевтической ремиссии. При преобладании встречаемости спонтанных ремиссий среди ВПН (3,9 [SD = 5,0] случая) по сравнению с ВНН (0,8 [SD = 1,1]), их длительность составляла в среднем, у ВПН — 4,8 [SD = 12,6] месяцев, у ВНН — 5,1 [SD = 10,5]. Воздерживались от приема наркотика в обычных условиях доступа к нему в течение последнего месяца лишь 0,02 [SD = 0,2] ВНН и 0,3 [SD = 0,5] ВПН. При наличии у наркопотребителей разных тяжести проблем со здоровьем, частота обращения за дополнительной лечебно — консультативной помощью в связи со злоупотреблением алкоголем, рецидивом наркотизации или иными медико-социальными проблемами была ниже у ВПН (0,4 [SD = 0,9] случаев, ВНН — 0,7 [SD = 0,4]).

Большая часть обследованных (157/65,9% ВПН и 157/71,4% ВНН) предшествующего опыта участия в программах реабилитации по преодолению зависимости не имела. Из пациентов, которые имели опыт участия в реабилитационных программах, чаще находились на реабилитации ВПН (0,3 [SD = 0,6]), чем ВНН (0,1 [SD = 0,3]). Вместе с тем, в реабилитационных программах удерживались дольше ВНН (0,6 [SD = 3,7] мес.), чем ВПН (0,3 [SD = 1,3]). Воздержание, которое ограничивалось сроками пребывания в программе реабилитации, чаще наблюдалось у ВПН (0,3 [SD = 0,6] случая), чем у ВНН (0,1 [SD = 0,3]).

Обстоятельства прекращения лечения наркозависимости предпочитали не раскрывать 53/18,3% ВНН и 12/5,0% 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. Причем, чаще лечебный режим нарушали ВПН (143/60,1%), чем ВНН (117/40,5%). Следует отметить, что причиной прекращения лечения наркозависимости у 13/5,5% ВПН было развитие побочных явлений и различных осложнений. Основным мотивом отказа от наркологической помощи у 130/54,3% ВПН и 129/44,6% ВНН было скептическое отношение к возможностям лечения, основанное на негативном опыте знакомых. Причиной отказа от наркологической помощи нередко были опасения постановки на учет, которые наблюдались чаще среди ВНН (57/19,7%), 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 лишь 2/0,8% ВПН и 8/2,7% ВНН. Чаще всего 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 систем (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 опиоидной зависимостью был вирусный гепатит «С», которым страдали 230/96,6% ВПН и 245/84,7% ВНН. Вирусный гепатитом «В» были инфицированы 57/23,9% ВПН и 28/9,7% 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. Количество госпитализаций с целью лечения ВИЧ—0,9 [SD = 1,9] случаев; средняя продолжительность стационарного лечения — 5,2 [SD = 7,6] дней; количество случаев проведения амбулаторной терапии — 0,2 [SD = 0,5]; средняя продолжительность амбулаторного лечения—5,3 [SD = 11,6] месяцев; количество случаев оказания дополнительной лечебно — консультативной помощи в связи с ВИЧ, иными медико-социальными проблемами — 0,07 [SD = 0,38] случаев. Регулярная систематическая оценка тяжести иммунитета не проводилась у большинства ВПН. Из той когорты обследованных ВПН, которым проводилась оценка тяжести иммунодефицита, количество лимфоцитов (CD₄+) составило 269,9 [SD = 177,4] в мкл, число копий РНК — 1096,1 [SD = 1711,1] в мл.

Основным мотивом прекращения лечения ВИЧ у 76/31,9% ВПН было «отсутствие лечебного эффекта», у 53/22,3% ВПН — негативно влияющая 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 употребления психоактивных веществ. Ежедневное употребление опиатов 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. Среднее число употребляемых в день доз опиатов у ВПН составило 5 [SD = 0,73], ВНН—2,0 (SD = 0,85). Основным способом введения опиатов был внутривенный. Остаточного приема наркотика имели 89/37,4% ВПН и 27/9,3% ВНН, ингаляционного (курение) — 32/13,4% ВПН и 10/3,4% 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 964,1 [SD = 529,9], ВНН — 687,3 [SD = 405,2] граммов семян мака. Средняя длительность сформированной зависимости к моменту обследования составила у ВПН 13,9 [SD = 4,79] лет, ВНН — 10,9 [SD = 6,0] лет.

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 инъекций, 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]. Однако, количество случаев использования игл, шприцев, которыми пользовались другие наркопотребители, для введения наркотического средства выше у ВПН (3,17 [SD = 5,04]), чем у ВНН (1,82 [SD = 3,13]). Количество людей, с которыми ВПН вступали в половые отношения без использования презерватива, было 1,33 [SD = 2,01], у ВНН — 1,24 [SD = 1,77], при этом у ВПН общее число случаев проникающего секса без средств защиты составило 4,25 [SD = 4,18], у ВНН — 2,1 [SD = 5,51].

Показателями эффективной помощи НПЗ часто являются улучшение качества их жизни и социального функционирования, повышение уровня адаптации с появлением новых интересов и поддержки окружающих. Это, как правило, что сопряжено с нормализацией социального статуса, активизацией социальных контактов, улучшением межличностных отношений в обществе и семье, снижением выраженности 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 НПЗ 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 Ме30,0 [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, интервал значений показателя «количество конфликтных дней при общении» с партнерами 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 — Ме12,0 [7,0—17,0]; с друзьями— у ВПН в пределах Ме 11,0 [5,0—15,0], ВНН — Ме 7,0 [5,0—15,0]. Наиболее высокий уровень конфликтных отношений зарегистрирован у пациентов обеих групп с родственниками и составил у ВПН 60,8 [SD = 24,9], у ВНН — 53,4 [SD = 27,5] балла. Менее высоким уровнем конфликтных отношений был с партнерами, где у ВПН составил 46,3 [SD = 23,3], ВНН — 39,9

[SD = 28,2] балла; с друзьями — у ВПН находился в пределах 45,7 [SD = 31,5], ВНН — 40,9 [SD = 28,6] баллов.

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 0,0 [0,0–22,0], ВНН — Ме 0,0 [0,0–20,0]; показателя «количество дней в качестве безработного» — у ВПН в интервале значений Ме 30,0 [0,0–30,0], ВНН — Ме 22,0 [0,0–30,0].

Для оценки результатов лечения значение имеют количество случаев стигматизации и дискриминации пациентов, связанных с наркотизацией и ВИЧ-статусом. В течение последнего месяца интерквартильный размах показателя «количество случаев переживаний страха подвергнуться дискриминации» у ВПН колебался в пределах Ме 1,0 [0,0–5,0], ВНН — Ме 1,0 [0,0–3,0]; показателя «количество случаев переживаний стигматизации в связи с болезнью» у ВПН в интервале значений Ме 2,0 [0,0–5,0], 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 наркотизацией на момент обследования и психофизическое 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 энергии, слабость, плохой аппетит, снижение веса тела, беспокойный сон, повышенная температура, головная боль и проблемы с зубами. Легкая кровоточивость, нарушение зрения и порезы с наклыванием иглов наблюдались чаще у ВПН, чем у ВНН. Интерквартильный размах показателя «количество физических симптомов НЗП 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 16,0 [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.

Таким образом, современные подходы к оценке результатов лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией основаны на анализе количественных показателей медико-социального статуса, составляющих клинический и социальный критерии эффективности лечения. Возможность многофакторной оценки КАПИН позволяет определять 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, сравнитель-

ный анализ результативности различных моделей лечения и реабилитации.

Таким образом, эффективность лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией определяется количественными показателями их медико-социального статуса, включающих психическое и физическое состояние, интенсивность наркотизации, последствия злоупотребления ПАВ, а также рискованные формы поведения, уровень социального функционирования — занятости, конфликтности, дискриминации, стигматизации, противозаконной активности, которые формируют клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата.

Литература

1. Игумнов, С. А. Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом для динамической оценки эффективности лечения: практическое пособие / С. А. Игумнов, Э. П. Станько, А. П. Игумнов. — Минск: Профес-сиональные издания, 2012. — 92 с.
2. Илюк, Р. Д. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик наркозависимых на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков: пособие для врачей / Р. Д. Илюк [и др.]; под общ. ред. Е. М. Крупицкого. — СПб: ФГБУ «СПБНИИ им. М. Бехтерева», 2012. — 47 с.
3. Инструкция по применению на метод оценки эффективности лечения потребителей инъекционных наркотиков: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27.11.12. — Гродно: ГрГМУ, 2012. — 10 с.
4. Находящаяся клиническая практика: ГОСТР 52379—2005. — Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии. Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный ресурс]. — 2005. — Режим доступа: <http://www.gost.rn.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. — Дата доступа: 11.11.2014.
5. Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией: Методические рекомендации / Т. Н. Дудко [и др.]; под общ. ред. Е. А. Кошкиной. — М.: ФГУНЦ наркологии, 2009. — 30 с.
6. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) // Русский народный сервер против наркотиков NarCom.ru [Электронный ресурс]. — 2016. — Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/258>. — Дата доступа: 11.05.2016.
7. Станько, Э. П. Критерии многофакторной оценки эффективности лечения опиоидной зависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией / Э. П. Станько, С. А. Игумнов // 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.м.н., проф. И. А. Зражевская. — Москва: РУДН, 2015. — С. 397–413.
8. Ягудина, Р. И. Методологические основы анализа эффективности медицинских технологий при проведении фармакоэкономических исследований / Р. И. Ягудина, В. В. Бабий // Фармакоэкономика, теория и практика [Электронный ресурс]. — 2015. — № 1, Т. 3. — Режим доступа: Дата доступа: 24.04.2016.
9. Bobrova, N. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities / N. Bobrova, T. Rhodes, R. Power et al. // Drug Alcohol Depend. — 2006. — Vol. 82, Suppl. 1. — P. 57–63.
10. Igumnov, S. A. Dynamics of Psychopathology Symptoms in Opiate-Dependent Patients During Therapy / S. A. Igumnov, E. P. Stanko, A. N. Nestsiarovich // Psychology Research, 2015, Vol. 5, No 12, P. 693–700.
11. Klimenko, T. Clinic and social aspects of the illegal activities of people with psychoactive substance dependence in Russia / T. Klimenko, A. Kozlov, A. Bukhanovsky // Heroin Addiction and Related Clinical Problems. — 2012. — Vol. 14. — No 2. — P. 59–62.

Поступила 4.11.2016 г.