

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»<sup>2</sup>

---

*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 клинический и социальный критерии эффективности лечения наркозависимости.*

**Ключевые слова:** наркозависимость, ВИЧ, клинические и социальные критерии, оценка эффективности лечения.

*E. P. Stanko, A. P. Gelda*

### MODERN APPROACHES TO THE ASSESSMENT OF RESULTS OF TREATMENT OF DRUG ADDICTION AT PATIENTS WITH HIV INFECTION

*The article describes the current approach to the evaluation of drug addiction treatment results in patients with HIV infection which is based on the quantitative assessment of medical and social status of patient that both form the clinical and social criteria of the treatment efficiency.*

**Key words:** drug addiction, HIV, clinical and social criteria, assessment of treatment efficiency.

---

Низкая эффективность лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, проводимых с наркозависимыми пациентами (НЗП), является одной из причин распространения наркоманий и ВИЧ-инфекции [7]. Более 70% НЗП многократно в течение года находятся на лечении, 90% НЗП после однократного курса стационарного лечения в течение года возобновляют прием наркотиков [1] и у 7–9,1% НЗП в течение года наблюдается полная ремиссия [4]. Существующий подход к оценке эффективности лечения наркоманий сводится к определению сроков длительности полной ремиссии, под которой понимается полный отказ НЗП от приема наркотиков [5]. Подобная оценка представляется недостаточной, так как опийная зависимость, являясь хроническим рецидивирующим заболеванием с навязчивой и непреодолимой тягой к наркотику, за-

ставляет НЗП принимать наркотик даже под угрозой утраты здоровья и тяжелых социальных последствий. Поэтому при планировании и оказании медицинской помощи НЗП необходимо учитывать ряд медицинских и психосоциальных проблем, характерных для НЗП. Анализ эффективности проводимой терапии является одним из этапов оценки используемых в наркологии медицинских технологий. Конечным итогом анализа является выбор критериев оценки эффективности лечения наркозависимости, особенно при присоединении ВИЧ-инфекции [6].

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

Объектом исследования – клинические и психосоциальные характеристики наркозависимых 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: кросс-секционное и лонгитудинальное с регулярным мониторингом отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клинико-психологическое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP [3] по протоколу с применением унифицированной индивидуальной регистрационной карты учета данных. Изучение эффективности терапии НЗП проводилось с использованием нами разработанной карты аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков (КАПИН) [2].

Обследовано 376 ВПН и 444 ВНН при добровольном (информированном) согласии на участие в исследовании. В основную группу (ВПН) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» (F11.2x) и «ВИЧ» (B20). Критерии не включения в исследование: острое психотическое расстройство или остро протекающие психические заболевания (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия и др.), стойкое когнитивное расстройство, умственная отсталость (деменция), острое обострение или декомпенсация хронического соматоневрологического заболевания.

Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков применяли математическое ожидание (M) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате  $M \pm SD$ , а также медиану (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

Анализ материалов исследования проведен в оценочном сопоставлении показателей в выборках ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных потребителей опиоидных наркотиков.

Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года ( $SD = 5,54$ ): у мужчин – 33,7 года ( $SD = 5,59$ ) и у женщин – 30,8 лет

( $SD = 4,86$ ). В зависимости от стадии ВИЧ пациенты распределены следующим образом: I стадия – 83 пациента (22,1%), II – 193 (51,3%), III – 58 (15,4%), IV – 30 (8,0%) и V – 12 (3,2%). Среди ВПН лишь 1/3 получали антиретровирусную терапию.

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). Суточная активность потребления наркотиков на момент обследования у пациентов обеих групп была высокой: среди ВНН в среднем 2,4 ( $SD = 0,71$ ) раза и среди ВПН – 2,5 ( $SD = 3,94$ ).

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 (43,9%). Пациенты обеих групп предпочитали лечиться общепринятыми психотропными средствами (84% ВПН и 82,7% ВНН), детоксикацию прошли 45,8% ВПН и 88,9% ВНН, мотивирующее консультирование – 35,3% ВПН и 37,0% ВНН, находились под другим психотерапевтическим воздействием – 29,4% ВПН и 42,6% ВНН.

Опыт участия в программе заместительной терапии (ПЗТ) отсутствовал у 80,3% ВНН и 47,9% ВПН. Препаратом выбора у 18,3% ВНН и 17,2% ВПН был метадон, суточная доза которого колебалась у ВНН в пределах 40–110 мг, у ВПН – от 20 до 120 мг. Чаще всего ПЗТ проводилась в стационаре (15,9% ВПН и 13,5% ВНН), реже – амбулаторно (2,1% ВПН и 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 3,4% ВПН и 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 в 2 раза чаще за последний месяц встречались проблемы, вызванные инъекционным потреблением наркотиков: передозировки – у 83,6% ВПН и 46,4% ВНН; абсцессы – у 71,4% ВПН и 31,8% ВНН; кровоподтеки – у 76,9% ВПН и 39,1% ВНН; грубые рубцы – у 56,7% ВПН и 14,5% ВНН; трудности при выполнении инъекций – у 95,8% ВПН и 88,6% ВНН; «грязная» инъекция, вызвавшая тошноту – у 93,7% ВПН и 83,0% ВНН. Частота встре-

чаемости передозировок среди ВПН (0,28) в 3,1 раза была выше, чем среди ВНН (0,09).

Пациенты обеих групп совершали многократные попытки отказа от употребления наркотиков. Количество попыток больше зарегистрировано среди ВПН, интерквартильный размах у которых составил Me 7,0 [3,0–11,0], у ВНН – Me 3,0 [2,0–6,0]. Если единичные попытки совершали чаще ВНН (52,9%), чем ВПН (27,7%), то многократные – чаще ВПН (70,2%), чем ВНН (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 = 4,9] 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 составила в среднем у ВПН – 4,8 [SD = 12,6] месяца, у ВНН – 5,1 [SD = 10,5]. Воздерживались от приема наркотика в привычных 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 по тяжести проблем со здоровьем, частота оказания дополнительной лечебно-консультативной помощи в связи со злоупотреблением алкоголем, рецидивом наркотизации или иными медико-социальными проблемами была крайне низкой (ВПН – 0,4 [SD = 0,9] случаев, ВНН – 0,1 [SD = 0,4]).

Большая часть обследованных (65,9% ВПН и 74,4% ВНН) 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 18,3% ВНН и 5,0% ВПН. Причиной прекращения лечения наркозависимости у ВНН чаще всего были окончание курса терапии (34,9% ВНН и 13,4% ВПН) или отказ по заявлению/собственному желанию от лечения (21,1% ВНН и 14,7% ВПН). Однако основной причиной отказа от лечения наркозависимости у пациентов обеих групп было нарушение лечебного режима. Причем, чаще лечебный режим нарушали ВПН (60,1%), чем ВНН (40,5%). Следует отметить, что причиной прекращения лечения наркозависимости у 5,5% ВПН было развитие побочных явлений и различных осложнений. Основным мотивом отказа от наркологической помощи у 54,6% ВПН и 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 (19,7%), чем среди ВПН (6,3%). Вообще не испытывали намерений прекращать потребление наркотика 39,1% ВПН и 31,5% ВНН, так как были уверены в своей способности осуществить отказ от наркотиков без посторонней помощи. Скрининг потребления наркотиков у 60,1% ВПН и 35,6% ВНН никогда не проводился, у 30,7% ВПН и 53,6% ВНН проводился однократно, у 7,1% ВПН и 10,0% ВНН – регулярно.

Сопутствующих заболеваний не имели лишь 0,8% ВПН и 2,7% ВНН. Чаще всего среди ВПН (47,9%) и ВНН (15,2%) наблюдались заболевания дыхательной системы, реже – мочевыделительной (3,4% ВПН; 0,7% ВНН) и сердечно-сосудистой (2,5% ВПН; 0,7% ВНН), желудочно-кишечного тракта (5,5% ВПН; 1,4% ВНН). Наиболее распространенным заболеванием среди пациентов с опийной зависимостью был вирусный гепатит «С», которым страдали 96,6% ВПН и 84,7% ВНН. Вирусным гепатитом «В» были инфицированы 23,9% ВПН и 9,7% ВНН; туберкулезом – 5,9% ВПН и 3,1% ВНН; инфекциями, передаваемыми половым путем – 27,3% ВПН и 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 (5,5%), чем ВПН (2,5%), органическими психическими и аффективными расстройствами – ВПН (6,3% и 2,5% соответственно), чем ВНН (по 1,4%). Встречаемость поведенческих или психопатоподобных расстройств среди ВПН и ВНН была одинаковой (3,8%).

Следует отметить, что около половины ВПН (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 вследствие 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 (CD<sub>4</sub><sup>+</sup>) составило 269,9 [SD = 237,4] в мкл, число копий РНК – 1096,1 [SD = 1716,1] в мл.

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

В оценке терапевтического результата значение имеет характер потребления психоактивных веществ. Ежедневное употребление опиатов практиковали 90,7% ВПН и 81,6% ВНН; несколько раз в неделю, но не ежедневно – 8,8% ВПН и 17,9% ВНН. Среднее число потребляемых в день доз опиатов у ВПН составило 2,5 (SD = 0,73), ВНН – 2,0 (SD = 0,85). Основным способом введения опиатов был внутривенный. Опыт орального приема наркотика имели 37,4% ВПН и 9,3% ВНН, ингаляционного (курение) – 13,4% ВПН и 3,4% ВНН. Кроме опиатов в течение последнего месяца алкоголь употребляли 44,1% ВПН и 23,2% ВНН, каннабиноиды – 13,4% ВПН и 3,5% ВНН, психостимуляторы – 5,5% ВПН и 2,4% ВНН. Из спиртных напитков предпочитали пиво 26,1% ВПН и 11,7% ВНН, водку – 14,7% ВПН и 10,7% ВНН, джин тоник – 1,3% ВПН и 0,3% ВНН, вино – 0,8% ВПН. С частотой раз в неделю употребление каннабиноидов практиковали 9,7% ВПН и 7,9% ВНН, психостимуляторов – 2,5% ВПН и 2,1% ВНН. На разовый прием каннабиноидов в течение месяца указали 3,8% ВПН и 0,7% ВНН, психостимуляторов – 2,9% ВПН. Средняя суточная доза потребляемого наркотика при инъекционном введении у ВПН составила 964,1 [SD = 529,9], ВНН – 685,3 [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 = 6,03].

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 одина-

ковыми. 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 для введения наркотического средства, выше оказалось у ВПН (3,17 [SD = 5,04]), чем у ВНН (1,82 [SD = 3,93]). 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 – 5,21 [SD = 5,51].

Показателями эффективной помощи НПЗ 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 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 Me 30,0 [22,7–30,0], ВНН – Me 30,0 [20,0–30,0]; с родственниками – у пациентов обеих групп находился в пределах Me 30,0 [20,0–30,0]; с друзьями – у ВПН в интервале значений Me 30,0 [24,0–30,0], ВНН – Me 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 Me 10,5 [5,0–15,0], ВНН – Me 7,0 [3,0–14,5]; с родственниками – у ВПН в интервале значений Me 15,0 [10,0–20,0], ВНН – Me 12,0 [7,0–17,0]; с друзьями – у ВПН в пределах Me 11,0 [5,0–15,0], ВНН – Me 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 по-

следнего 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].

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. В течение последнего месяца зарегистрировано количество преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков у ВПН 0,68 [SD = 1,1] случаев, у ВНН – 0,85 [SD = 1,6]; имущественных преступлений (взлом, грабеж, кража) – у ВПН 0,90 [SD = 1,41] случаев, у ВНН – 0,67 [SD = 1,44]; преступлений с применением насилия (разбой) – у ВПН 0,07 [SD = 0,36] случаев, у ВНН – 0,05 [SD = 0,24]; мошенничества – у ВПН 0,92 [SD = 1,57] случаев, у ВНН – 0,37 [SD = 0,98].

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 энергичности, слабость, плохой аппетит, снижение веса тела, беспокойный сон, повышенная температура, потливость по ночам и проблемы с зубами. Легкая кровоточивость,

нарушение 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.

Таким образом, современные 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 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 сравнительный анализ результативности различных моделей лечения и реабилитации.

Эффективность лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией определяется количественными показателями их медико-социального статуса, включающими психическое и физическое состояние, интенсивность наркотизации, последствия злоупотребления психоактивными веществами, а также рискованные формы поведения, уровень социального функционирования – занятости, конфликтности, дискриминации, стигматизации, противоправной активности, которые формируют клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата.

## Литература

1. *Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков: пособие для врачей* / Р. Д. Илюк [и др.]. – СПб: ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В. М. Бехтерева», 2012. – 47 с.
2. *Метод оценки эффективности лечения потребителей инъекционных наркотиков. Инструкция по применению* / С. А. Игумнов [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 20 с.
3. *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 доступа: 22.11.2014.
4. *Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией: Методические рекомендации* / Т. Н. Дудко [и др.]. – М.: ФГУ ННЦ наркологии, 2009. – 30 с.

☆ **Оригинальные научные публикации**  *Лечебно-профилактические вопросы*

5. 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.

6. Ягудина, Р. И. Методологические основы анализа эффективности медицинских технологий при проведении фармакоэкономических исследований / Р. И. Ягудина,

В. В. Бабий // Фармакоэкономика, теория и практика. – 2015. – № 1, Т. 3. – С. 10–13.

7. *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.

*Поступила 6.06.2016 г.*