

ство женщин снизилось до 6,4 % и с низким — число пациенток увеличилось до 15,6 %. В группе сравнения после лечения у 2,8 % установлен высокий уровень РТ, у 11,2 % — средний уровень РТ и у 13,6 % — низкий уровень РТ. Также после лечения в 2,5 раза снизился уровень ЛТ в I группе и в 1,2 раза во II группе. Следовательно, женщины с БВ испытывают психоэмоциональные расстройства, основу развития которых скорее всего формирует реакция на заболевание.

### **Выводы**

Для женщин с БВ до лечения характерным является повышенный уровень тревожности и невысокое качество жизни, что влияет на степень их социальной адаптации, склонность к развитию тревожно-депрессивных переживаний и конфликтному поведению, способствуя уходу от решения повседневных жизненных проблем.

Проведенное комплексное лечение в группе женщин с бактериальным вагинозом позволило значительно улучшить состояние обследованных. Использование в комплексном лечении разработанной нами схемы противорецидивной терапии (орнидазол, 3 % перекись водорода, вагинальные таблетки, содержащие комбинацию *L. Acidofilus* и 0,03 мг эстриола) женщин с бактериальным вагинозом свидетельствует о том, что наряду с нормализацией социального функционирования, улучшением качества жизни и функционирования органов репродуктивной системы, лечение положительно влияет на функциональное состояние ЦНС и психический статус пациенток.

Принимая во внимание длительность неблагоприятного воздействия бактериального вагиноза на психическое здоровье женщин, его частых обострений, рациональным является необходимость интеграции работы врачей акушер-гинекологов с психологами и врачами-психотерапевтами, что особенно важно на этапе подготовки женщины к беременности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Радзинский, В. Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом / В. Е. Радзинский // Гинекология. — 2012. — № 11. — С. 4–6.
2. Уварова, Е. В. Применение комбинированной и местной терапии бактериального вагиноза препаратами Трихопол и Клиндацин у девочек и девушек / Е. В. Уварова, И. А. Киселева // Акушерство и гинекология. — 2009. — № 5. — С. 58–62.
3. Ware, J. E. Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection / J. E. Jr. Ware, C. D. Sherbourne // Medical care. — 1992. — Vol. 30 (6). — P. 473–483.
4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. — 320 с.
5. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина [Электронный ресурс] / Психологические тесты для профессионалов. — Минск, 2007. — Режим доступа : [http://www.miu.by/kaf\\_new/mpp/173.pdf](http://www.miu.by/kaf_new/mpp/173.pdf). — Дата доступа: 15.04.2016.

УДК 616.89-008.441.33:[616.98:578.828.6НIV]-085-037

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Станько Э. П.<sup>1</sup>, Фамин В. В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь,**

**<sup>2</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

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 [1]. 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 за-

ставляет НЗП принимать наркотик (Geneva, WHO, 2004). Поэтому, при планировании и оказании медицинской помощи НЗП, особенно инфицированным ВИЧ, необходимо учитывать ряд медицинских и психосоциальных проблем, характерных для НЗП с сочетанной патологией [2].

### **Цель**

Выявление критериев, позволяющих оценить эффективность терапии наркотической зависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

### **Материал и методы исследования**

Основным объектом исследования были ВИЧ-инфицированные пациенты с опийной 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 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 правилами GCP [3]. Изучение критериев эффективности терапии НЗП проводилось с использованием КАПИН [4].

Обследовано всего 376 ВПН и 444 ВНН. В основную группу (ВПН) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-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 клинико-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 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 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 [1]. Длительное злоупотребление опиатами сопряжено с ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью потребителей наркотиков, риском инфицирования, безработицей, нарушением семейных связей, криминальной активностью (М. Л. Рохлина, А. А. Козлов, 2001). Эффективность оказанной медицинской помощи НЗП может быть оценена по изменениям во многих проблемных областях, связанных с потреблением наркотиков (Hubbard, 2003).

Многофакторная оценка эффективности лечения 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 [4].

При исследовании активности потребления наркотиков установлено, что ВПН начинали употреблять наркотики примерно на 1,5 года раньше ВНН. Средний возраст на момент нача-

ла потребления наркотиков у ВПН составил 18,6 [SD = 3,38] лет, у ВНН — 20 [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 день, наркотик принимали ВНН, в среднем 2,4 [SD = 0,71] раза, ВПН — 2,5 [SD = 3,94]. По сравнению с ВНН, у ВПН за последний месяц чаще наблюдались в 2 раза 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 256 (88,6 %) ВНН; «грязная» инъекция, вызвавшая тошноту — у 223 (93,7 %) ВПН и 240 (83 %) 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 Me 7 [3–11], у ВНН — Me 3 [2–6]. 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 %).

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 —  $5,2 \pm 0,49$  дней; количество случаев проведения амбулаторной терапии —  $0,23 \pm 0,03$ ; 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<sub>4</sub><sup>+</sup>) находилось в пределах значений Me 390 [255–532,5] в мкл, число копий РНК — Me 1250 [882,5–1500] 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.

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]. 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 вступали 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 ( $4,25 \pm 0,27$ ).

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 Me 30 [22,7–30], ВНН — Me 30 [20–30]; с родственниками — у пациентов обеих групп находился в пределах Me 30 [20–30]; с друзьями — у ВПН в интервале значений Me 30 [24–30], ВНН — Me 30 [30–30].

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 %) ВПН и 26 (9 %) 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, %) ВПН и 16 (5,5 %) ВНН.

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 [1–5], ВНН — Ме 1 [1–3]; показателя «количество случаев переживаний стигматизации в связи с болезнью» у ВПН в интервале значений Ме 2 [1–5], ВНН — Ме 0 [0–5].

### **Вывод**

Современные подходы к оценке результатов лечения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией основаны на анализе количественных показателей их медико-социального статуса, формирующих клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. 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.
2. 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. — М.: РУДН, 2015. — С. 397–413.
3. Надлежащая клиническая практика : ГОСТР 52379-2005. — Москва: 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. Игумнов, С. А. Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом для динамической оценки эффективности лечения: прак. пособие / С. А. Игумнов, Э. П. Станько, А. П. Гелда. — Минск: Профессиональные издания, 2012. — 92 с.

**УДК 615.225.2**

## **СКРИНИНГ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕЕСТРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

*Старовойтова А. С., Мамчиц Л. П.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В настоящее время объектом пристального изучения ученых являются сердечно-сосудистые заболевания, которые являются одной из главных причин смертности в большинстве стран мира. Кроме того, сердечно-сосудистые заболевания являются причиной значительных финансовых потерь государства и населения, связанных с лечением и обеспечением социальной адаптации больных. Как известно, артериальная гипертензия является наиболее распространенной в мире сердечно-сосудистой патологией, оказывающей существенное влияние на структуру инвалидизации и смертности населения. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению артериальной гипертензии, появление новых высокоэффективных препаратов и методов лечения, распространенность этой патологии остается высокой. В настоящее время применяется для систематизации лекарственных средств