

Рисунок 1 — Спектр поглощения ТБК активных продуктов полученных из растворов: 1 — глюкозы; 2 — сахарозы; 3 — сахара; 4 — этанола; 5 — глицерина, под действием FeSO_4 и H_2O_2

Заключение

В эксперименте получены новые данные об образовании ТБК активных продуктов из веществ, полученных из углеводов и спиртов при взаимодействии с FeSO_4 и H_2O_2 под действием «активных форм кислорода», инициаторами которых являются металлы с переменной валентностью, взаимодействующие с пероксидом, имеющие поглощение света на длине волны 532 нм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Свободные радикалы в живых системах / Ю. А. Владимиров [и др.] // Итоги науки и техники серия Биофизика. — Т. 29. — М.: ВИНТИ, 1991. — С. 250.
2. Фридович И. Радикалы кислорода, пероксид водорода и токсичность кислорода. — В кн.: Свободные радикалы в биологии. — М.: Мир, 1979. — Т. 1. — С. 272–300.
3. Методы изучения стрессовых и адаптационных реакций организма по показателям системы крови / А. В. Дерюгина [и др.] // Нижний Новгород: Издательство Нижегородского государственного университета, 2010. — 25 с.

УДК 615.212.7-032.13-003.96-06:616.98:578.828:613.85

ПРОТИВОПРАВНАЯ АКТИВНОСТЬ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Игумнов С. А., Станько Э. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования

Установить факторы, влияющие на приверженность к терапии у ВИПН и предложить базовую концептуальную модель, направленную на повышение приверженности к лечению у ВИПН.

Материал и методы

Исследуемой популяцией были ПИН, которые приняли участие в опросе в рамках проспективного когортного исследования, проведенного в Брестской, Гомельской,

Гродненской областях и г. Минске. Критерии отбора участников исследования и основная анкета были идентичны: участники анкетирования имели синдром опиоидной зависимости, инъекционную практику в течение последнего месяца, информированное согласие перед проведением исследования на участие в анонимном анкетировании.

Анонимное анкетирование респондентов осуществлено на базе лечебных учреждений и местах привычного для ВИПН пребывания. Для проведения социологического опроса использовалась структурированная анкета, разработанная по результатам клинико-психопатологического исследования ВИПН, ВИЧ-негативных ПИН. Анкета включала ряд блоков: демографическая информация; характер восприятия наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции; степень информированности о последствиях длительной наркотизации и ВИЧ-инфекции, несоблюдение режима лечения; отношения с медицинским персоналом, отношение к лечению наркозависимости и антиретровирусной терапии; организация медицинской помощи ВИПН; распространенность рискованных форм инъекционного и сексуального поведения среди ВИПН; противоправная активность ВИПН. Некоторые вопросы допускали несколько вариантов ответов. Проверка демографических данных среди обследуемой популяции дубликатов не выявила. Оценка факторов, влияющих на приверженность к лечению у ВИПН, осуществлялась на основе частотного анализа с использованием Microsoft Excel и SPSS 17.0 for Windows [1].

Результаты и их обсуждение

В рамках исследования опрошено 213 ВИПН, средний возраст которых составил 32,74 года ($SD = 5,71$). Из них, 73,7 % — лица мужского пола, 26,3 % — женского. Средний возраст мужчин составил $33,8 \pm 5,69$ лет, женщин — $29,7 \pm 4,58$ лет. Среднее значение длительности наркотизации — 11,4 лет ($SD = 5,82$); у лиц мужского пола — $11,8 \pm 0,49$ лет и женского — $10,4 \pm 0,57$ лет. Состояли на учете в системе МВД 54,9 % опрошенных, на диспансерном наркологическом учете и у инфекциониста — 60,1 % ВИПН. Высокая противоправная активность среди ПИН оказывает влияние на приверженность к лечению. Так, на учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 27,7 % ВИПН; 61,9 % респондентов отбывали наказание; 6,6 % — имели условный срок; 70,9 % — повторную судимость. Причиной судимости, как отметили 64,6 % опрошенных, были преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков; 14,6 % — корыстные и имущественные преступления (кражи магазинные ночные, автомобильные, поджоги); 5,2 % — насильственные действия, преступление против личности (ограбление, нападение, изнасилование); 4,2 % — другие (мошенничество, подделка документов и др.). В большинстве случаев, преступления совершались многократно, повторно: 2 раза — 3,8 % случаев; 3 — 11,7 % случаев; 4 — 29,6 % случаев; 5 — 22,5 % случаев; 6 — 8,9 % случаев; 7 — 5,2 % случаев; 8 раз — 2,3 % случаев. Средний возраст совершения первого правонарушения составил $15,9 \pm 0,51$ лет. Следовательно, общественная опасность ВИПН проявлялась криминальной и некриминальной формами общественно опасного поведения, при которых основной направленностью противоправной активности ВИПН является незаконный оборот наркотиков. Совершение преступлений ВИПН в зависимости от состояний, в которых они находились, представлены на рисунке 1.

Как видно из рисунка 1, в большинстве случаев, по мнению ВИПН, преступления совершены ими в состоянии выраженного патологического влечения к наркотику или в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения. Таким образом, реализация противоправных действий осуществляется ВИПН в определенных наркологических состояниях, что указывает на необходимость проведения лечебных мероприятий для профилактики повторной противоправной деятельности ВИПН.

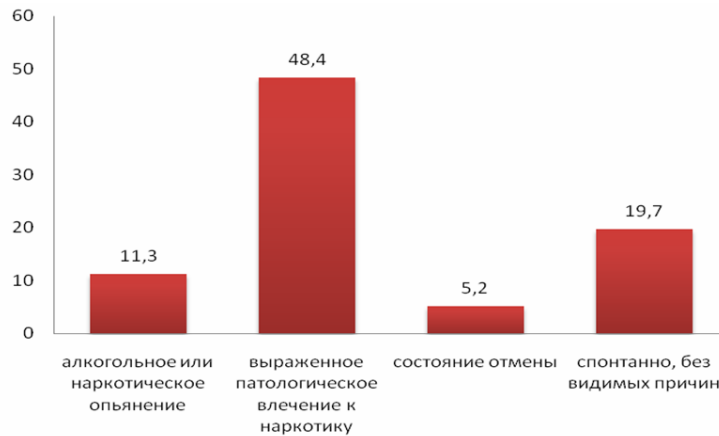


Рисунок 1 — Состояния ВИПН, при которых совершены преступления

Игнорирование общепризнанных норм общежития, оппозиционная манера поведения до 18-летнего возраста наблюдалась у 44,6 % ВИПН; в виде пренебрежительного отношения к лицам ближайшего окружения — у 25,4 %; внешне обвиняющих форм реагирования в конфликтных ситуациях — 15,5 %; преднамеренного нанесения повреждений непосредственно источнику-раздражителю — 15,0 %; brutальных аффективных реакций на конфликтные ситуации с порчей имущества — 7,0 %; преднамеренного нанесения повреждений близким, знакомым и незнакомым — 3,6%. Из-за образа жизни многих ПИН, выраженная зависимость от ПАВ с доминированием рискованных форм инъекционного и полового поведения способствуют снижению приверженности к терапии и уменьшают эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции [2, 3].

Оценка риска инъекционного поведения ВИПН показала, что в течение месяца перед исследованием 26,7 % респондентов вводили себе наркотик, приготовленный другим человеком, который сделал себе инъекцию или помогал сделать другому; 23,0 % — вводили наркотик, приготовленный в ложке, другой емкости для смешивания, которыми пользовался другой человек; 19,7 % — шприцем или иглой другого человека; 19,2 % — шприцем или иглой, до которых дотрагивался другой человек, сделавший себе инъекцию; 18,3 % — отфильтрованный через фильтр, которым уже пользовался другой; 17,8 % — приготовленный на воде, которой уже пользовался другой человек; 16,9 % — шприцем или иглой после другого человека, который ввел себе часть наркотика из общей емкости; 14,1 % — приготовленный сразу после того, как «помогал» другому человеку сделать инъекцию; 13,6 % — контактировавший с иглой/шприцем, которым уже пользовался другой человек.

Оценка половой активности ВИПН свидетельствует о том, что половые отношения с женщинами практиковали 61,9 % опрошенных, с мужчинами — 26,3 %; с женщинами и мужчинами — 3,8 %; с использованием средств защиты — лишь 14,1 % опрошенных. Вступали в половые отношения со случайными партнерами 36,6 % опрошенных. С целью продажи сексуальных услуг, чтобы заработать деньги на приобретение наркотика — 8,5 % респондентов. Кроме того, за последний месяц 28,6 % респондентов имели, после инъекции наркотика, незащищенный половой контакт (вагинальный, мануальный, оральный, анальный) с другим человеком; во время менструации — 9,8 %; без использования увлажняющих средств — 20,7 %. Контакт с кровью другого человека (драка, ранение, спорт, членовредительство, случайно, делали татуировку, пирсинг вне косметического салона или пользовались чужими предметами личной гигиены — ножницы, щипцы, пинцет, расческа, зубная щетка, лезвия) отметили 11,7 % респондентов.

Заключение

Метод анонимного анкетирования для оценки факторов, влияющих на приверженность к терапии у ВИПН, является высокоинформативным и необходимым для разработки концептуальной модели, на которой должна базироваться планируемая деятельность, направленная на повышение приверженности к лечению у ВИПН [4–6].

Структуру концептуальной модели составляют индивидуально-личностные, медицинские, социальные и организационные факторы. К индивидуально-личностным факторам относятся: потребление наркотиков и алкоголя; отсутствие информации; незнание или низкое восприятия риска последствий наркозависимости и ВИЧ; нехватка знаний о возможностях АРТ; сомнения в эффективности лечения наркозависимости и необходимости лечения ВИЧ; тревожные опасения и страх (побочных эффектов АРТ, потери здоровья и благополучия, потери автономии, смерть, страх отторжения, изоляции, маргинализации и дискриминации; потеря работы, занятости; страх юридических последствий — криминальная ответственность, нелегальное потребление наркотиков, ограничение стиля жизни); отсутствие мотивации, жизненных перспектив; жизненные проблемы и кризисы.

Среди медицинских факторов можно выделить: низкую эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ; наличие психических расстройств; прерывание, несоблюдение режима АРТ, неправильное использование лекарств; побочные эффекты АРТ; нежелательные взаимодействия лекарственных препаратов, токсичность, гепатотоксичность, наличие сопутствующих заболеваний; отсутствие мониторинга за приемом АРТ и эффективностью лечения наркозависимости; отсутствие мониторинга иммунного статуса (CD4+, вирусная нагрузка).

Социальные факторы представлены отсутствием поддержки (психосоциальной, семейной, общественной), психосоциальными проблемами, незанятостью, безработицей, бездомностью, плохим питанием, бедностью, стигматизацией, самостигматизацией, дискриминацией.

К организационным факторам следует отнести отсутствие функционального информационно-образовательного центра по проблемам наркозависимости и ВИЧ-инфекции на базе учреждений здравоохранения, где оказывается специализированная медицинская помощь; низкую осведомленность при оказании медицинской помощи ВИПН врачей психиатров-наркологов в вопросах ВИЧ-инфекции и инфекционистов в вопросах наркозависимости, также среднего и младшего медперсонала в вопросах стигматизации ВИПН; отсутствие должной координации в работе наркологической и инфекционной служб; отсутствие клинического протокола ведения ВИПН, этапности и преемственности при оказании медицинской помощи; низкое качество медицинских услуг и эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бююль, А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / А. Бююль, П. Цефель. — СПб., 2002. — 608 с.
2. Городнова, М. Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2012. — Vol. 5, № 16. — URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 08.05.2013).
3. Голощапов, И. В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.27 / И. В. Голощапов; ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава». — М., 2010. — 24 с.
4. HIV-related knowledge and adherence to HAART / L. Weiss [et al.] // AIDS Care. — 2003. — Vol. 15, № 5. — P. 673–679.
5. Разработка и апробация модели медико-социальной помощи наркологическим пациентам с разными уровнями мотивации к лечению и риску ВИЧ-инфицирования в стационаре / А. В. Карпец [и др.] // Вопросы наркологии. — № 1. — 2011. — С. 72–80.
6. Карпец, А. В. Партнерская модель медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освободившихся из мест лишения свободы: практический опыт реализации на примере Оренбурга и Оренбургской области / А. В. Карпец, С. В. Пхиденко, О. В. Маринец : под ред. А. В. Карпец. — Оренбург: Союз, 2010. — 126 с.