

УДК [616.98:578.826.6НIV:616.89-008.441.33]-036.868

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Станько Э.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель исследования – изучение показателей качества жизни (КЖ) ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью (ВПН) и ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью (ВНН) до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии. Для исследования КЖ использовали опросник SF-36. Показано, что более низкие показатели КЖ по сравнению с ВНН имеют ВПН. Установлено, что величина показателей КЖ у ВПН и ВНН, несмотря на их положительную динамику на этапе катамнестического наблюдения, ниже показателей у здоровых лиц, что свидетельствует о недостаточности базисного курса терапии для нормализации КЖ и необходимости разработки тактики ведения ВПН, предусматривающей использование длительных комплексных лечебно-реабилитационных программ, учитывающих потребности пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, опийная зависимость, ВИЧ-инфекция

Введение

Проблема социального функционирования (СФ) и КЖ лиц с аддиктивным поведением является одной из наиболее актуальных на современном этапе. Все больше внимания уделяется комплексному подходу к диагностике и лечению наркологической патологии с привлечением клинических, социально-средовых, психологических и организационных факторов. Акцент оказания наркологической помощи в большей степени смещается в сторону партнерства с зависимым пациентом. Предполагается, что подобные подходы позволят качественно улучшить оказание наркологической помощи, создав ее всеобъемлющую модель [12].

Состояние проблемы потребления наркотиков в современном обществе требует постоянного проведения мониторинга СФ и изменения КЖ пациентов, особенно в случае присоединения ВИЧ-инфекции, как в процессе лечения, так и при создании инструментов для оценки их здоровья и лечения. Наличие болезни позволяет человеку выработать определенные адаптивные механизмы, позволяющие ему сохранять относительно устойчивый уровень КЖ, однако присоединение других расстройств приводит к нарушению сложившегося стереотипа и снижению КЖ [11].

В настоящее время понимание психиатрами-наркологами адаптивных возможностей ВПН, их потребностей в лечении и реабилитации не в полной мере способствует эффективному решению современных задач наркологии и не полностью отражает уровень оказания медицинской помощи. В связи с этим возникает проблема разработки адекватных критериев динамической оценки состояния здоровья наркозависимых лиц с ВИЧ-инфекцией, существенно снижающей адаптивные резервы и кардинально изменяющей уровень СФ и КЖ пациентов [6].

Цель исследования – изучение показателей КЖ у ВПН до и после лечения, при становлении и стабилизации ремиссии. Задачи исследования – изучение клинической, социальной и психологической характеристик пациентов с опийной зависимостью, проведение сравнительного анализа динамики показателей КЖ в исследуемой группе (ВПН) и группе сравнения (ВНН) до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения.

Материал и методы

Основным объектом исследования являются ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью, проживающие на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – клинические, социальные и

психологические характеристики зависимых пациентов с ВИЧ и без ВИЧ-инфекции до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Настоящее исследование является сочетанным (кросс-секционным и лонгитудинальным) с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров КЖ до, после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты пациентов [7]. Психотерапию получали 77,9% ВПН и 56,7% ВНН, на заместительной метадоновой терапии находились 22,1% ВПН и 43,2% ВНН.

Обследованы 376 ВПН (I группа) и 444 ВНН (II группа). В основную группу (I) 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). Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не согласившиеся на обследование, в состоянии отмены, с выраженными органическими изменениями личности, острым психотическим расстройством, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания, умственной отсталостью, шизофренией. Группой контроля (КГ) служили 30 здоровых лиц [8]. Верификация соматической патологии проводилась квалифицированными специалистами из числа сотрудников специализированных медицинских учреждений с использованием современного диагностического оборудования.

Для исследования параметров КЖ использовали опросник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [17], часто применяемый в популяционных и специальных исследованиях КЖ [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16]. 36 пунктов опросника MOS SF-36 сгруппированы в 8 шкал, показатели которых формируют профиль физического и психического здоровья. Результаты представляются в виде оценок в баллах, отражающих значение шкалы в диапазоне от 0 до 100, где 0 – наихудшее, 100 баллов – наилучшее качество жизни. Более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных призна-

ков использовались математическое ожидание (M) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате $M \pm SD$, медиана (Me), верхний и нижний квартили (интерквартильный размах). Для сопоставления групп по количественным признакам использовались непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для связанных групп. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследуемой выборке преобладали пациенты с невысоким уровнем образования, занятости, проблемами на работе и в семье, низкими моральными качествами и криминальным поведением. Пациенты отмечали, что зависимость от наркотиков и проблемы со здоровьем оказывали влияние на их жизненный тонус и психоэмоциональное состояние, на СФ в целом и уровень социальных контактов в частности. При сравнении параметров КЖ в группах пациентов до лечения оказалось, что более низкие показатели характерны для ВПН (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, до лечения наиболее низкие показатели КЖ у пациентов I и II групп отмечены по шкалам ролевого физического (RP) и эмоционального функционирования (RE). Более низкие значения шкал RP и RE характерны для пациентов I группы ($p < 0,05$). Более высокие показатели КЖ у пациентов обеих групп зафиксированы по шкале PF, при этом пациенты II группы отличались наиболее высокими значениями показателя PF ($p < 0,05$). До лечения величина показателей КЖ у пациентов I и II групп по всем

шкалам, кроме PF и BP у ВНН, была ниже 50 баллов.

После проведенного лечения у пациентов II группы по сравнению с I группой статистически значимо увеличились значения показателей КЖ по шкалам RP, RE, BP, GH и MH (таблица 2).

Как видно из таблицы 2, показатель BP у пациентов I группы после лечения достоверно ниже II группы, что свидетельствует о более выраженной зависимости ограничительного поведения ВПН от интенсивности болевых ощущений. Ниже среднего уровня пациенты обеих групп оценивали общее состояние (GH) здоровья и жизненную активность (VT). При этом величина GH у пациентов I группы была достоверно ниже II группы, что указывает на более низкий уровень восприятия общего состояния здоровья ВПН.

Оценка ВПН и ВНН социальной активности (SF) до лечения показала наличие ограничений в социальной жизни из-за проблем со здоровьем, влияния физического и эмоционального состояния. После курса терапии наблюдается увеличение показателя SF, величина которого у ВПН составила $52,28 \pm 23,74$, у ВНН – $53,17 \pm 20,47$ балла. Уровень психического здоровья (MH) до лечения пациентами I и II групп оценивался ниже 50 баллов. После лечения отмечается увеличение показателя MH, величина которого у ВПН не достигла даже 50 баллов, в отличие от ВНН.

Таким образом, несмотря на проведенное лечение, показатели КЖ у пациентов обеих групп были ниже показателей у здоровых лиц. ВПН значимо отличались от ВНН менее высокими значениями показателей RP, BP, GH, RE и MH, уровень которых и после лечения оставался ниже 50 баллов, за исключени-

Таблица 1. – Показатели КЖ ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов с опиоидной зависимостью до лечения

Группа	Шкалы опросника SF-36							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
I (n=376)	66,26±21,73	26,26±37,55	45,78±27,99	40,98±15,93	41,22±16,86	44,91±23,65	20,20±32,65	44,84±15,66
II (n=444)	68,84±23,25	36,24±39,86	51,66±31,65	45,83±16,26	44,26±17,28	46,79±21,20	24,25±34,19	48,77±17,05
КГ (n=30)	87,18±0,66	86,61±0,95	76,88±0,71	73,48±0,62	63,59±0,62	85,23±0,66	88,28±0,96	76,37±0,53
P	0,02	0,0002	0,009	0,0001	0,002	0,129	0,03	0,0004

Примечание: P – достоверность различий между I и II группами; КГ – контрольная группа (здоровые лица)

Таблица 2. – Показатели SF-36 у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов с опиоидной зависимостью после лечения

SF36	I группа (n=376)							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Means	74,79	39,01*	58,03*	42,41*	47,39	52,28	36,93*	49,24*
Std. Dev	18,70	45,14	31,52	13,73	15,53	23,74	44,50	14,35
Q25	60,00	0	32,00	35,00	40,00	37,50	0	40,00
Median	80,00	0,00	51,00	40,00	45,00	50,00	0,00	48,00
Q75	90,00	100,0	94,0	50,00	55,00	75,00	100,0	60,00
SF36	II группа (n=444)							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Means	78,75	52,43*	60,83*	47,51*	48,68	53,17	40,75*	54,27*
Std. Dev	18,53	43,73	33,44	16,90	17,71	20,47	42,16	16,55
Q25	70,00	0	32,00	35,00	40,00	37,50	0	44,00
Median	85,00	50,00	62,00	45,00	50,00	50,00	33,33	54,00
Q75	95,00	100,0	100,0	60,00	60,00	62,50	100,0	68,00

Примечание: * – достоверность различий между группами

ем показателя BP. Следует отметить неравномерный характер изменений показателей SF-36 у пациентов I и II групп на этапе катамнестического наблюдения (таблица 3).

Как видно из таблицы 3, состояние здоровья на этапе становления и стабилизации ремиссии существенного ограничения физической активности у пациентов I и II групп не вызывало. Величина показателя BP в 1,3 раза у ВНН была выше, чем у ВПН. Динамическая активность болевых ощущений у ВПН по сравнению с ВНН чаще ограничивала их повседневную активность и снижала способность выполнять работу по дому или вне дома.

Таблица 3. – Динамика показателей SF-36 у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью на этапе становления и стабилизации ремиссии

Этап исследования	I группа (n=376)															
	PF		RP		BP		GH		VT		SF		RE		MH	
	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D
1 мес	73,63*	19,95	36,60*	41,76	56,94*	25,31	44,42*	15,65	45,27*	11,37	47,55*	17,62	36,82*	43,12	51,56*	43,24
3 мес	76,95*	19,35	46,73*	43,37	53,22*	20,28	44,93*	13,05	48,64*	12,55	51,39*	19,32	41,39*	42,92	51,76*	13,37
6 мес	76,54*	18,28	52,30*	45,71	61,06*	24,66	44,28	13,58	47,68*	12,81	50,74*	19,68	47,59*	45,49	51,17*	13,41
12 мес	76,20*	17,92	49,31*	45,64	62,07*	24,52	44,83	14,05	48,88*	12,55	51,81*	19,87	45,75*	46,31	52,34*	15,45
Этап исследования	II группа (n=444)															
	PF		RP		BP		GH		VT		SF		RE		MH	
	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D
1 мес	81,75*	21,66	67,93*	34,83	75,19*	26,77	46,64*	14,80	48,99*	17,08	62,30*	20,34	63,70*	36,31	55,02*	14,44
3 мес	83,88*	21,64	72,75*	31,13	71,84*	23,64	47,49*	13,46	52,60*	16,70	67,92*	17,92	62,61*	35,91	57,28*	14,61
6 мес	82,28*	21,13	74,87*	33,44	78,62*	22,39	45,64	14,12	52,11*	17,53	67,74*	19,44	70,43*	37,54	57,55*	15,15
12 мес	82,44*	19,34	72,70*	36,09	79,23*	22,56	47,09	13,96	55,56*	17,74	69,87*	18,73	71,37*	36,83	60,90*	17,60

Примечание: * – достоверность различий между группами

Уровень восприятия общего состояния здоровья (GH) пациентами I и II групп в процессе всего периода наблюдения был ниже 50 баллов, что указывало на доминирование пессимистических установок при восприятии пациентами состояния своего здоровья, невысокий уровень сопротивляемости болезни и перспектив лечения. Подобной была динамическая активность показателя VT, значения которого у ВПН на протяжении периода наблюдения не достигли 50 баллов и свидетельствовали о невысоком уровне жизненной активности и энергичности, слабости, утомляемости, сниженной работоспособности.

Более быстрая нормализация социальной активности (шкала SF) ВНН по сравнению с ВПН на этапе становления и стабилизации ремиссии отражает уровень социальных характеристик ВНН, поддержку родственников и близких. Спустя месяц от начала наблюдения величина показателя SF у ВНН выросла в 1,3 раза, через 3 месяца – в 1,4 раза, через 12 месяцев – в 1,5 раза, и составила $69,87 \pm 18,73$ баллов. Вместе с тем среднее значение показателя SF у ВПН за весь период наблюдения было на уровне $49,78 \pm 20,65$ баллов из 100 возможных. Социальная активность ВПН, низкая по сравнению со здоровыми и невысокая по отношению к ВНН, свидетельствует о влиянии ВИЧ-инфекции на развитие ограничительного поведения у пациентов I группы, проявляющегося сужением социальных контактов, снижением уровня общения вследствие ухудшения их физического и эмоционального состояния.

Уровень психического здоровья (MH), адаптации пациентов в социуме на этапе становления и стабилизации ремиссии более низким был у ВПН, чем у ВНН ($p < 0,05$). Динамической активности показателя MH на этапе становления и стабилизации ремиссии у ВПН не наблюдалось. Среднее значение показателя MH у ВПН составило $51,71 \pm 21,37$ балла, что на 32,3% было ниже показателя у здоровых лиц. Несмотря на возрастающий характер динамической активности показателя MH у ВНН на этапе ремиссии, величина его среднего значения на 24,5% ($57,69 \pm 15,45$) была также ниже показателя у здоровых лиц.

Таким образом, отсутствие динамической активности показателя MH у ВПН свидетельствует о снижении мотивации, настроения, эмоционального и поведенческого контроля, наличии психического неблагополучия, тревожно-депрессивных пере-

живаний, нарушающих спокойствие пациентов и влияющих на их повседневное функционирование.

Адекватной социальной активности ВПН и ВНН мешало не только их физическое недомогание, но и наличие эмоциональных проблем, связанных с заболеванием, что проявилось снижением балльной оценки по шкале ролевого физического (RP) и эмоционального функционирования (RE) (рисунки 1, 2). Наличие физических проблем существенно ограничивало поведение пациентов в выполнении ими ежедневных обязанностей. Так, наиболее низким до лечения у пациентов обеих групп был показатель RP, отражающий роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (рисунок 1). До лечения величина показателя RP в 1,4 раза ниже у ВПН ($26,26 \pm 37,55$), чем у ВНН ($36,24 \pm 39,86$). После базисного курса терапии показатель RP у ВПН составил лишь $39,01 \pm 45,14$ баллов из 100 возможных при $52,43 \pm 43,73$ у ВНН.

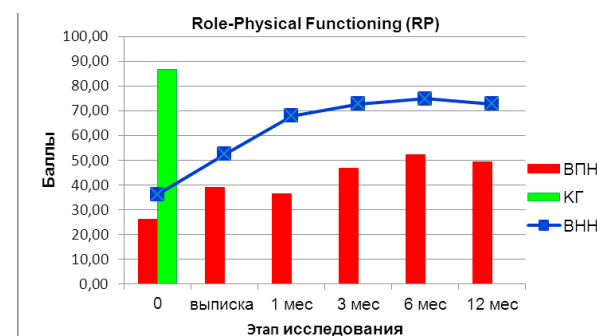


Рисунок 1. – Показатели ролевого физического функционирования ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью в динамике

Как видно из рисунка 1, до лечения физическое состояние пациентов I и II групп существенно ограничивало их повседневную деятельность. Несмотря на положительную динамику показателя RP после курса терапии и на этапе становления и стабилизации ремиссии, его величина у пациентов обеих групп ниже показателя здоровых лиц. На этапе становления и стабилизации ремиссии среднее значение показателя RP в 1,6 раза ниже у ВПН ($46,24 \pm 44,12$), чем у ВНН ($72,06 \pm 33,87$). Наличие ВИЧ существенно ограничивало лечебный эффект у ВПН как в процессе лечения, так и после базисного курса терапии ($p < 0,05$).

Эмоциональные проблемы, связанные с заболеванием у пациентов обеих групп, приводили к ограничению их физической и социальной активности, затрудняли выполнение повседневных обязанностей. Наиболее выраженное ограничительное поведение из-за проблемного эмоционального состояния до и после лечения наблюдалось у ВПН (рисунок 2).

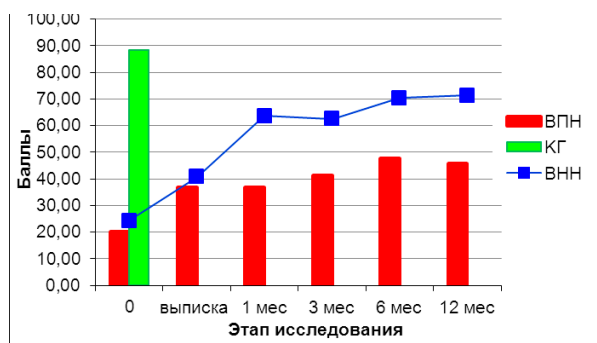


Рисунок 2. – Показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью в динамике

Как видно из рисунка 2, до лечения самым низким показателем RE был у ВПН ($20,20 \pm 32,65$), что в 4,3 раза ниже показателя у здоровых лиц и на 16,7% меньше показателя ВНН ($24,25 \pm 34,19$) при $p < 0,05$. Кривая динамической активности показателя RE у ВНН имеет восходящий характер, отражая более высокие значения RE по сравнению с ВПН. На этапе становления и стабилизации ремиссии среднее значение показателя RE у ВНН составило $67,03 \pm 36,65$ балла, у ВПН – $42,89 \pm 44,46$. Эмоциональные проблемы, ограничивая повседневную активность ВПН до лечения, сказывались на уровне их жизнедеятельности и после терапии.

Несмотря на улучшение эмоционального состояния после лечения и последующую ремиссию, уровень эмоциональных проблем у ВПН оставался высоким и существенно ограничивал их поведение при выполнении работы: увеличивались затраты времени на выполнение работ, объем и качество работы снижались, замедлялась физическая и социальная активность пациентов. Более высокие значения показателя RE на этапе ремиссии у ВНН отражают более благоприятные у них социальные характеристики и сохраненный социальный статус, микроклимат в семье, включая поддержку со стороны родных и близких.

Заключение

Невысокий уровень качества жизни у ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью определяется их ограничительным поведением до лечения с незначительными изменениями в динамике, болевыми ощущениями, пессимистическим восприятием состояния своего здоровья, астенией, постоянной слабостью, утомляемостью, невысокой оценкой жизненной активности, сужением социальных контактов из-за ухудшения физического и эмоционального состояния. Адекватную социальную активность ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью затрудняли физическое недомогание и эмоциональ-

Литература

1. Бойко, Е. О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии /

ные проблемы, связанные с заболеванием, ставшие причиной ограничения их жизнедеятельности и снижения балльной оценки по соответствующим шкалам.

Наличие ВИЧ-инфекции снижает лечебный эффект у ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью. Несмотря на положительную динамику в период становления ремиссии, величина показателей качества жизни у ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью остается ниже показателей ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью и здоровых лиц, что свидетельствует о недостаточности базисного курса терапии для нормализации качества жизни, необходимости разработки алгоритма ведения ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью. Более высокие значения показателей качества жизни в группе ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью с более быстрой нормализацией на этапе ремиссии отражали более благоприятные их социальные характеристики и микроклимат в семье, поддержку со стороны родственников и близких, более сохраненный социальный статус по сравнению с ВИЧ-позитивными пациентами с опийной зависимостью.

Динамика показателей качества жизни носит информативный и изменчивый характер, что важно учитывать в процессе лечения при оценке риска развития нежелательных явлений. Сравнительная оценка качества жизни, выявляя разное соотношение социальных и психоэмоциональных проблем, дает возможность дифференцировать пациентов на группы в зависимости от уровня социального функционирования и тяжести заболевания, позволяет выбирать приоритетные направления терапии (медикаментозной, психотерапевтической, психосоциальной) и оптимизировать тактику ведения ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью, влияющую на течение и прогноз заболевания.

Инструментальные методы исследования по сравнению с рутинными более чувствительны при оценке динамики состояния наркологических пациентов, эффективности проводимой терапии и вероятности возникновения рецидива на этапе становления ремиссии.

Выводы

1. Качество жизни ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью зависит от их физического и психоэмоционального состояния, которое характеризуется низкими показателями по шкалам ролевого физического (RP) и эмоционального функционирования (RE), отражающими степень ограничения психологической адаптации, уровень социального функционирования ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью и тяжесть течения коморбидной патологии.

2. Коморбидная патология у пациентов с опийной зависимостью снижает качество жизни пациентов, эффективность лечения и увеличивает степень зависимости от помощи окружающих.

3. Базисный курс терапии пациентов с опийной зависимостью позволяет достичь клинического улучшения, но не улучшить качество жизни на этапе становления ремиссии, что обосновывает необходимость разработки комплексных лечебно-реабилитационных программ, учитывающих нужды и потребности пациентов.

Литература

1. Boiko, E.O. Kachestvo zhizni i social'noe funkcionirovanie kak kriterii yeffektivnosti terapii /

- Е. О. Бойко // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 58-65.
2. Бойко, Е. О. Особенности клинической картины и течения заболевания у больных с синдромом зависимости с различными показателями качества жизни и социального функционирования / Е. О. Бойко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 5. – С. 15-20.
3. Влияние психокоррекции на клинический статус и качество жизни коморбидных пациентов с ГЭРБ и бронхиальной астмой / Г. Л. Юренев [и др.] // Фарматека. Гастроэнтерология. – 2014. – № 14. – С. 40-46.
4. Говорин, Н. В. Социальное функционирование и качество жизни врачей / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 71-77.
5. Гофман, А. Г. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии / А. Г. Гофман, И. И. Никифоров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 2. – С. 25-30.
6. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С / С. В. Литвинцев [и др.] // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 48-49.
7. 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.
8. Ненастьева, А. Ю. Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике / А. Ю. Ненастьева, Г. Л. Гуревич, Е. О. Бойко // Наркология. – 2007. – № 2. – С. 32-37.
9. Никифоров, И. И. Изменения качества жизни у больных на разных этапах заболевания / И. И. Никифоров // Наркология. – 2006. – № 7. – С. 59-65.
10. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб : Нева; М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 320 с.
11. Сергеева, Е. Н. Особенности метаболических расстройств, психологического статуса и качества жизни женщин в период менопаузы, страдающих хронической ишемией мозга / Е. Н. Сергеева, Л. В. Чичановская, О. Н. Бахарева ; под ред. А. А. Сукиасян. – Уфа : РИЦ БашГУ, 2014. – С. 304-307.
12. Станько, Э. П. Анализ факторов, влияющих на приверженность к лечению у ВИЧ-позитивных наркозависимых пациентов / Э. П. Станько, С. А. Игумнов // Медицинский вестник Юга России. – 2013. – № 3. – С. 78-85.
13. Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction / Karow A [et al.] // Eur Addict Res. – 2008. – Vol. 14(1). – P. 38-46.
14. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment / Mònica Astals [et al.] // Substance Use & Misuse. – 2008. – Vol. 43 (5). – P. 612-632.
15. Laudet, A. B. Don't Wanna Go Through That Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug / Alexandre B. Laudet, Jeffrey B. Becker, William L. White // Substance Use & Misuse. – 2009. – Vol. 44 (2). – P. 227-252.
16. Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse / E Hollander [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2010. – Vol. 71(6). – P.784-792.
17. Ware, JE Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection / JE Jr. Ware, CD Sherbourne // Medical care. – 1992. – Vol. 30 (6). – P. 473-483.
- Е.О. Boiko // Voprosy narkologii. – 2008. – № 5. – S. 58-65.
2. Boiko, E. O. Osobennosti klinicheskoi kartiny i techeniya zabolevaniya u bol'nyh s sindromom zavisimosti s razlichnymi pokazateljami kachestva zhizni i social'nogo funkcionirovaniya / E.O. Boiko // Kubanskii nauchnyi medicinskii vestnik. – 2008. – № 5. – S. 15-20.
3. Vliyanie psihokorrekcii na klinicheskii status i kachestvo zhizni komorbidnyh pacientov s GYeRB i bronhial'noi astmoi / G.L. YUrenev [i dr.] // Farmateka. Gastroenterologija. – 2014. – № 14. – S. 40-46.
4. Govorin, N.V. Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni vrachei / N.V. Govorin, E.A. Bodagova // Zabaikal'skii medicinskii vestnik. – 2012. – № 2. – S. 71-77.
5. Gofman, A.G. Problema kachestva zhizni u bol'nyh alkoholizmom v sostojanii alkohol'nogo abstinentnogo sindroma i v remissii / A.G. Gofman, I.I. Nikiforov // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2006. – № 2. – S. 25-30.
6. Kachestvo zhizni pri narkoticheskoj zavisimosti i inficirovannosti VICH i gepatitami B i C / S.V. Litvincev [i dr.] // Narkologija. – 2004. – № 3. – S. 48-49.
7. Nadlezhashaja klinicheskaja praktika : GOSTR 52379-2005. – Moskva : Federal'noe agentstvo po tehničeskomu regulirovaniyu i metrologii : Nacional'nyi standart Rossijskoj Federacii [Elektronnyi resurs]. – 2005. – Rezhim dostupa : <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – Data dostupa : 22.11.2014.
8. Nenast'eva, A.YU. Perspektivy ispol'zovaniya pokazatelja kachestva zhizni v narkologičeskoi praktike / A.YU. Nenast'eva, G.L. Gurevich, E.O. Boiko // Narkologija. – 2007. – № 2. – S. 32-37.
9. Nikiforov, I.I. Izmeneniya kachestva zhizni u bol'nyh na raznyh etapah zabolevaniya / I.I. Nikiforov // Narkologija. – 2006. – № 7. – S. 59-65.
10. Novik, A.A. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine. / A.A. Novik, T.I. Ionova. – SPb : Neva; M. : OLMA-PRESS, 2002. – 320 s.
11. Sergeeva, E.N. Ocobennosti metabolicheskikh rasstroistv, psihologičeskogo statusa i kachestva zhizni zhenshin v period menopauzy, stradayushih hroničeskoi ishemiie mozga / E.N.Sergeeva, L.V. CHichanovskaja, O.N. Bahareva ; pod red. A.A. Sukiasjan. – Ufa : RIC BashGU, 2014. – S. 304-307.
12. Stan'ko, E.P. Analiz faktorov, vlijayushih na priverzhennost' k lecheniyu u VICH-pozitivnyh narkozavisimyh pacientov / E.P. Stan'ko, S.A. Igumnov // Medicinskii vestnik YUga Rossii. – 2013. – № 3. – S. 78-85.
13. Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction / Karow A [et al.] // Eur Addict Res. – 2008. – Vol. 14(1). – P. 38-46.
14. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment / Mònica Astals [et al.] // Substance Use & Misuse. – 2008. – Vol. 43 (5). – P. 612-632.
15. Laudet, A.B. Don't Wanna Go Through That Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug / Alexandre B. Laudet, Jeffrey B. Becker, William L. White // Substance Use & Misuse. – 2009. – Vol. 44 (2). – P. 227-252.
16. Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse / E Hollander [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2010. – Vol. 71(6). – R.784-792.
17. Ware, JE Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection / JE Jr. Ware, CD Sherbourne // Medical care. – 1992. – Vol. 30 (6). – R. 473-483.

DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE OF HIV POSITIVE PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

Stanko E.P.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

The purpose of research – the study of quality of life (QOL) of HIV-positive (HPN) and HIV-negative patients (HNN) with opiate addiction before and after treatment, at the stage of formation and stabilization of remission. To investigate the quality of life SF-36 questionnaire was used. It has been shown that HPN have lower QOL compared with HN. It was found that the value of QOL in HPN and HNN, despite their positive dynamics at the follow-up stage, is lower than in healthy individuals, indicating a failure of the basic course of therapy for the normalization of QOL and the need to develop tactics of HPN, providing the use of long-term integrated treatment and rehabilitation programs that address the needs of patients.

Key words: quality of life, opioid dependence, HIV infection.

Адрес для корреспонденции: e-mail: Edk_st@mail.ru

Поступила 05.12.2014