

## ОЦЕНКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-СОЧЕТАННОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Национальный научный центр наркологии —  
филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского», г. Москва<sup>2</sup>

**Введение.** Понимание характера связей между проявлениями ВИЧ-инфекции, сочетанной с зависимостью от опиоидов, психологическими показателями функционального состояния ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков (ВПН) и риском развития у них рецидива наркотизации необходимо для выявления предвестников рецидива болезни и выбора адекватного терапевтического воздействия.

**Цель:** изучение риска развития рецидива болезни в зависимости от психологических показателей функционального состояния ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от опиоидов.

**Материал и методы.** Обследованы 376 ВПН и 445 ВИЧ-негативных потребителей наркотиков (ВНН). Для исследования удовлетворенности качеством жизни (КЖ) использован опросник SF-36, оценки психопатологического состояния (ППС) — опросник SCL-90-R, оценки патологического влечения к наркотику (ПВН) — клиническая шкала определения тяжести ПВН, оценки нарушений социального функционирования (СФ) — шкала оценки СФ (ШСФ).

**Результаты.** Показатели относительного риска свидетельствовали о наличии прямой связи между вероятностью развития у ВПН рецидива болезни и низким уровнем компонентов КЖ: физического (ОР = 6,3; CI [4,8–8,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 343,1$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,7), психологического (ОР = 8,3; CI [6,1–11,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 397,0$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,8), ролевого эмоционального (ОР = 3,6; CI [2,7–4,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 129,4$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5) и физического функционирования (ОР = 3,2; CI [2,5–4,1];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 135,4$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5), восприятия общего состояния здоровья (ОР = 2,9; CI [2,4–3,5];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 162,7$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5), а также компонентов СФ: критических способностей (ОР = 1,5; CI [1,2–1,9];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 22,5$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,2), контактов с друзьями (ОР = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,5$ ;  $p < 0,03$ ; R = 0,1), семейных отношений (ОР = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 5,3$ ;  $p < 0,02$ ; R = 0,1), способности проявлять заботу о близких (ОР = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,6$ ;  $p < 0,03$ ; R = 0,1), структурировать свое свободное время (ОР = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 5,0$ ;  $p < 0,02$ ; R = 0,1), интегральным показателем СФ (ОР = 1,3; CI [1,0–1,6];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 9,6$ ;  $p < 0,002$ ; R = 0,15), высоким уровнем аффективных расстройств (ОР = 1,4; CI [1,1–1,8];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 14,8$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,18), агрессивного поведения (ОР = 1,2; CI [1,0–1,4];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 6,3$ ;  $p < 0,01$ ; R = 0,1) и психо-органических нарушений (ОР = 1,2; CI [1,0–1,4];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 8,1$ ;  $p < 0,005$ ; R = 0,1); высокими значениями индекса общей тя-

жести ППС (OR = 3,1; CI [2,6–3,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 208,2$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,6) и основных компонентов ППС: соматизации (OR = 5,6; CI [4,3–7,2];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 323,2$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,7), депрессии (OR = 3,8; CI [3,1–4,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 267,1$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,7), тревожности (OR = 3,5; CI [2,8–4,4];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 204$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,6), враждебности (OR = 2,8; CI [2,5–3,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 211$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,6), фобической тревожности (OR = 1,5; CI [1,3–1,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 31,5$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,2) и психотизма (OR = 1,3; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,2$ ;  $p < 0,04$ ; R = 0,1); высоким уровнем ПВН (OR = 10,6; CI [8,0–14,0];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 636,6$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,9) и его компонентами: идеаторными нарушениями (OR = 3,5; CI [2,9–4,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 229,1$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,6), тревогой (OR = 2,8; CI [2,3–3,5];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 150,3$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5), дисфорией (OR = 2,3; CI [2,0–2,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 129,1$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5), сниженным настроением (OR = 2,1; CI [1,8–2,5];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 161,6$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,4), расстройствами поведения (OR = 2,3; CI [1,9–2,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 161,6$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5) и эмоциональной лабильностью (OR = 1,4; CI [1,2–1,6];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 161,6$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,2).

**Выводы.** Психологические показатели функционального состояния ВПН, характеризующиеся низким уровнем удовлетворенности КЖ и СФ, высоким уровнем ППС и ПВН, являются ведущими факторами риска развития рецидива болезни, могут служить у ВПН критериями оценки эффективности лечения и качества ремиссии.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, зависимость от опиоидов, психологические показатели, психопатологическое состояние, относительный риск.

**S. A. Igumnov, E. P. Stariko**

## RISK ASSESSMENT OF RELAPSE IN PATIENTS WITH HIV-RELATED DRUG ADDICTION

**Introduction.** Understanding the nature of the relationship between the manifestations of HIV infection, combined with opioid dependence, psychological indicators of the functional state of HIV-positive drug users (HPD) and the risk of their recurrence of anesthesia is necessary to identify precursors of relapse and to choose an adequate therapeutic effect.

**Objective:** to study the risk of disease recurrence depending on the psychological parameters of the functional state of HIV-positive patients with opioid dependence.

**Materials and methods.** 376 HPD and 445 HIV-negative drug users (HND) were examined. To study satisfaction with quality of life (QOL) used the SF-36 questionnaire, assessing the psychopathological condition (PPC) – a questionnaire SCL-90-R, assessing the craving for the drugs (CD) is a clinical scale of evaluation of the severity of CD, evaluation of disorders of social functioning (SF), a rating scale SF (SSF).

**Results.** Indicators of relative risk showed a direct relationship between the probability of development in HPD relapse of the disease and low levels of components of QL: physical (OR = 6.3; CI [4.8–8.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 343.1$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.7); psychological (OR = 8.3; CI [6.1–11.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 397.0$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.8); emotional role (OR = 3.6; CI [2.7–4.7];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 129.4$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.5) and physical functioning (OR = 3.2; CI [2.5–4.1];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 135.4$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.5), perception of General Health (OR = 2.9; CI [2.4–3.5];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 162.7$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.5), as well as components of SF: critical abilities (OR = 1.5; CI [1.2–1.9];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 22.5$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.2); contacts with friends (OR = 1.1; CI [1.0–1.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 4.5$ ;  $p < 0.03$ ; R = 0.1); family relations (OR = 1.1; CI [1.0–1.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 5.3$ ;  $p < 0.02$ ; R = 0.1), the ability to take care of loved ones (OR = 1.1; CI [1.0–1.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 4.6$ ;  $p < 0.03$ ; R = 0.1), to structure their free time (OR = 1.1; CI [1.0–1.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 5.0$ ;  $p < 0.02$ ; R = 0.1); the integral index SF (OR = 1.3; CI [1.0–1.6];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 9.6$ ;  $p < 0.002$ ; R = 0.15); high level of affective disorders (OR = 1.4; CI [1.1–1.8];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 14.8$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.18); aggressive behavior (OR = 1.2; CI [1.0–1.4];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 6.3$ ;  $p < 0.01$ ; R = 0.1) and psycho-organic disorders (OR = 1.2; CI [1.0–1.4];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 8.1$ ;  $p < 0.005$ ; R = 0.1); high values of the PPS overall severity index (OR = 3.1; CI [2.6–3.7];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 208.2$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.6) and major components of PPP: somatization (OR = 5.6; CI [4.3–7.2];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 323.2$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.7); depression (OR = 3.8; CI [3.1–4.7];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 267.1$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.7); anxiety (OR = 3.5; CI [2.8–4.4];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 204$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.6), hostility (OR = 2.8; CI [2.5–3.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 211$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.6); phobic anxiety (OR = 1.5; CI [1.3–1.7];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 31.5$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.2) and psychotism (OR = 1.3; CI [1.0–1.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 4.2$ ;  $p < 0.04$ ; R = 0,1); a high level of PVN (OR = 10.6; CI [8.0–14.0];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 636.6$ ;  $p < 0.001$ ; R = 0.9) and its components: ideational

disorders (OR = 3.5; CI [2.9–4.3];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 229.1$ ;  $p < 0.001$ ;  $R = 0.6$ ); anxiety (OR = 2.8; CI [2.3–3.5];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 150.3$ ;  $p < 0.001$ ;  $R = 0.5$ ); dysphoria (OR = 2.3; CI [2.0–2.7];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 129.1$ ;  $p < 0.001$ ;  $R = 0.5$ ); reduced mood (OR = 2.1; CI [1.8 – 2.5];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 161.6$ ;  $p < 0.001$ ;  $R = 0.4$ ); behavioral disorders (OR = 2,3; CI [1,9–2,7];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 161.6$ ;  $p < 0.001$ ;  $R = 0.5$ ) and emotional liability (OR = 1.4; CI [1.2–1.6];  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 161.6$ ;  $p < 0.001$ ;  $R = 0.2$ ).

**Summary.** Psychological indicators of the functional state of the HPD, characterized by a low level of satisfaction with QOL and SF, the high level of PPP and MPP are the leading risk factors for relapse of the disease, can serve as the HPD of criteria for evaluating the effectiveness of treatment and quality of remission.

**Key words:** HIV infection, opioid dependence, psychological indicators, psychopathological condition, relative risk.

Распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков способствует увеличению заболеваемости ВИЧ-инфекцией, усугубляет ее течение и ускоряет прогрессирование к стадии СПИД быстрее, чем у лиц, инфицированных половым путем. У ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от наркотиков (ВПН), имеющих длительный стаж наркопотребления, повышается частота бактериальных инфекций и выраженность иммунологических нарушений, сокращаются сроки их развития, что ухудшает прогноз ВИЧ-инфекции [1].

Совершенствование антиретровирусного лечения привело к увеличению продолжительности и качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов [2]. Эффективность лечения ВИЧ-инфекции зависит от приверженности пациентов к антиретровирусной терапии (АРТ), на которую негативно сказываются употребление психоактивных веществ и психические расстройства [3].

Знание психологических особенностей ВПН способствует лучшему пониманию процесса эпидемии, поиску возможностей контроля распространения ВИЧ-инфекции путем коррекции рискованного поведения ВПН [4]. Понимание характера связей между проявлениями ВИЧ-инфекции, сочетанной с зависимостью от опиоидов, психологическими показателями функционального состояния ВПН и риском развития у них рецидива наркотизации необходимо для выявления предвестников рецидива болезни и выбора адекватного терапевтического воздействия.

**Цель исследования** – определить клинико-психологические характеристики пациентов с ВИЧ-сочетанной наркозависимостью, изучить риск развития рецидива болезни в зависимости от психопатологических и психологических показателей функционального состояния ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от опиоидов.

### Материал и методы

Настоящее исследование проводилось на базе УО «Гродненский государственный медицинский университет» по заданиям НИР «Разработать критерии клинико-социального функционирования, оценить качество жизни и дезадаптацию потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), страдающих различны-

ми стадиями ВИЧ-инфекции» (номер государственной регистрации 20101548) и «Разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения социально-значимых инфекционных болезней» (номер государственной регистрации 20130881, сроки выполнения: 2 кв. 2013 – 4 кв. 2017 гг.), при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России.

Обследование пациентов проводилось в соответствии со стандартными методами клинического и параклинического исследований, постановка диагноза – с использованием диагностических критериев МКБ-10, заполнением по единому протоколу учетных бланков исследовательского инструментария с последующим вводом информации в компьютерную базу данных, включая ВИЧ-регистр. Все пациенты были ознакомлены с протоколом исследования, подписали информированное согласие на участие в исследовании (протокол комитета по биомедицинской этике учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» № 2 от 14.05.2010 г.). Исследование также одобрено Этическим комитетом Республиканского общественного объединения «Белорусская психиатрическая ассоциация» (протокол № 3/10, 12.02.2010 г.).

Дизайн исследований включал: эпидемиологическое ретроспективное обсервационное аналитическое исследование, многоцентровое открытое рандомизированное контролируемое когортное проспективное клиническое исследование и обсервационное аналитическое кроссекционное исследование методом «случай-контроль» с направленным отбором групп. Методология ретроспективного эпидемиологического анализа по изучению эпидемического процесса в выбранных для изучения когортах населения республики была стандартной (динамический ряд: 2009–2018 гг.) и представлена расчетами показателей заболеваемости и смертности, а также количественными характеристиками созданного динамического ряда. За единицу наблюдения принят каждый случай ВИЧ-инфекции, наркозависимости и ВИЧ-сочетанной наркозависимости (ВСН) с 2009–2018 гг. Использовались общепринятые методы расчета показателей общей и пер-

вичной заболеваемости и смертности на 100 тысяч населения. Эмпирическую базу эпидемиологического исследования составили официальные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Для достижения поставленной цели обследована когорта, включавшая 821 пациента с зависимостью от опиоидов, из числа лиц, проживающих в Республике Беларусь и проходивших стационарное лечение в учреждениях здравоохранения психиатрического профиля.

Обследованные лица были рандомизированы на 2 группы: основную группу составили 376 ВПН, группу сравнения – 445 ВИЧ-негативных потребителей наркотиков (ВНН).

Методология основного, клинического метода исследования являлась стандартной и предусматривала проведение структурированного клинико-психопатологического интервью, позволяющего оценить базисные параметры заболевания у пациентов основной и контрольной групп путем сбора анамнеза, жалоб и соматоневрологического обследования. Клиническое исследование сочеталось с психологическим изучением пациентов, инструментальным и лабораторным обследованием, результаты которых служили дополнительным материалом для анализа течения ВСН. Психологическое исследование ПИН использовалось для изучения уровня удовлетворенности КЖ, СФ, ППС и ПВН. Для определения КЖ использовали опросник SF-36 (MOS 36 Short-Form) [5], для оценки психопатологического состояния (ППС) – опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) [6], для оценки патологического влечения к наркотику (ПВН) – клиническая шкала определения тяжести ПВН [7], для оценки нарушений СФ – шкала оценки СФ (ШСФ) [8].

Сравнение результатов по субшкалам SCL-90-R у ВПН и ВНН осуществляли с данными, полученными А. А. Минко (2009) в общей популяции и у наркозависимых пациентов [10].

Для определения факторов, влияющих на приверженность ВПН лечению, выраженность проблемного СФ, стигматизации, дискриминации, рискованного поведения, криминальной активности, характер отношений с медперсоналом и качество медицинских услуг, проведено анонимное анкетирование 213 ВПН с использованием анкеты селективного типа. В зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции, пациенты с ВСН распределены следующим образом: I стадия – 84 пациента (22,3 %), II – 193 (51,3 %); III – 58 (15,4 %); IV – 42 (11,1 %). Средняя продолжительность заболевания у 321 (85,3 %) ВПН и 327 (73,5 %) ВНН составила десять лет и более. Гендерный состав сформировали 270 (71,8 %) ВПН мужского пола и 106 (28,2 %) – женского, ВНН – 332 (74,6 %) мужского пола и 113 (25,4 %) – женского.

Средний возраст ВПН составил 32,9 (SD = 5,54) года, ВНН – 30,7 (SD = 5,99); мужчин ВПН – 33,7 (SD = 5,59), ВНН – 30,9 (SD = 5,73) года; женщин ВПН – 30,8 (SD = 4,86), ВНН – 29,9 (SD = 6,67) года. Критерии включения: возраст старше 18 лет, употребление инъекционных наркотиков в течение 30 и более дней до исследования, инфицирование ВИЧ (в контроле – ВИЧ-негативность потребителей наркотиков), добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: отказ от участия в исследовании, наличие существенного когнитивного дефицита, а также остро протекающих психических расстройств (шизофрении, эпилепсии, биполярного аффективного расстройства и др.). Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием индивидуальной регистрационной карты учета данных. Для проведения исследования была разработана индивидуальная регистрационная карта, включающая вопросы, содержащие медико-социальные аспекты функционирования ПИН.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0 для Windows (лицензионный номер SN AXAR207F394425FA-Q). На первом этапе оценивали соответствие распределения анализируемой переменной нормальному распределению (НР) с помощью теста Колмогорова-Смирнова. При НР переменную характеризовали с помощью математического ожидания (среднего) –  $M$ , среднего квадратического отклонения ( $\pm\sigma$ ) в виде  $M \pm \sigma$ , при несоответствии НР – величин верхней ( $p_{75}$ ) и 12 нижней квартилей ( $p_{25}$ ), медианы ( $Me$ ). Сравнение двух независимых групп изучаемой переменной при НР проводили с помощью критерия Стьюдента ( $t$ ), при несоответствии НР – теста Манна-Уитни ( $U$ ), зависимых групп – теста Вилкоксона ( $Z$ ). Для проверки гипотезы о равенстве сравниваемых средних этих групп при НР применялся критерий Фишера ( $F$ ), для оценки различий средних значений в группах при множественных (попарных) сравнениях – критерий Шеффе, при несоответствии НР – тесты медианный и Краскела-Уоллиса ( $\chi^2$ ). Для оценки линейности связи между переменными при НР применяли коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ), при несоответствии НР – корреляционный анализ Спирмена ( $R$ ). При сравнении долей (процентов) использовался тест Фишера. Для определения взаимосвязи между переменными применяли регрессионный анализ. Для оценки связи между исходом и фактором риска использовали отношение шансов. Для оценки наличия связи между фактором риска и развитием рецидива болезни рассчитывали относительный риск (ОР).

Для оценки достоверности воздействия одного фактора на изучаемые показатели при влиянии одновременно многих других факторов, применялся многофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Для оценки

различий средних значений в группах при множественных (парных) сравнениях использовалась поправка Бонферрони. Нулевая гипотеза (о нормальности распределения, отсутствии различий между переменными, отсутствии влияния группирующей переменной, а также при отсутствии связи между переменными) отвергалась на уровне значимости  $\alpha = 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ) для каждого из использованных тестов.

**Результаты и обсуждение.** Изучение КЖ у ВПН и ВНН показало существенное снижение физического и психологического его компонентов. Динамика физического и психологического компонентов КЖ у ВПН и ВНН представлена на рисунке 1.

Как видно из рисунка 1, на протяжении 12 месяцев наблюдения величина физического и психологического компонентов КЖ была ниже 50 баллов из 100 возможных. Так, величина физического компонента КЖ составила 43,2 балла (SD = 6,74) у ВПН и 46,7 (SD = 6,91) у ВНН, психологического компонента – 35,2 (SD = 8,44) у ВПН и 39,1 (SD = 10,5) у ВНН. На этапе становления ремиссии величина ролевого физического функционирования (RP) в 1,6 раза ниже у ВПН (46,2 балла (SD = 44,1)), чем у ВНН (72,1 (SD = 33,8)), ролевого эмоционального (RE) – 42,8 (SD = 44,5) у ВПН к 67,0 (SD = 36,6) у ВНН. Наличие эмоциональных и физических проблем приводили к ограничению физической и социальной активности пациентов, затрудняли выполнение ими повседневных обязанностей. Показатели относительного риска свидетельствовали о наличии прямой связи между вероятностью развития у ВПН рецидива болезни и низкими значениями физического (OP = 6,3; CI [4,8–8,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 343,1$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,7) и психологического компонентов КЖ (OP = 8,3; CI [6,1–11,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 397,0$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,8), ролевого эмоционального (OP = 3,6; CI [2,7–4,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 129,4$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5) и физического функционирования (OP = 3,2; CI [2,5–4,1];  $p < 0,05$ ;

$\chi^2 = 135,4$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5), восприятия общего состояния здоровья (OP = 2,9; CI [2,4–3,5];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 162,7$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,5).

Социальное функционирование ВПН и ВНН отражала величина его показателей, составившая на протяжении 12 месяцев наблюдения в среднем 15,9 балла (SD = 3,81) у ВПН и 11,6 (SD = 3,61) у ВНН, что свидетельствовало о частичной нормализации клинико-социальных показателей. Проблемными у ВПН были критические способности, семейные отношения и социальное общение, способность структурировать свободное время и проявлять заботу о близких, у ВНН – критические способности и трудовая деятельность. Риск возникновения у ВПН рецидива болезни был сопряжен с низким уровнем критических способностей (OP = 1,5; CI [1,2–1,9];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 22,5$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,2), контактов с друзьями (OP = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,5$ ;  $p < 0,03$ ; R = 0,1), семейных отношений (OP = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 5,3$ ;  $p < 0,02$ ; R = 0,1), способности проявлять заботу о близких (OP = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,6$ ;  $p < 0,03$ ; R = 0,1), структурировать свое свободное время (OP = 1,1; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 5,0$ ;  $p < 0,02$ ; R = 0,1), интегральным показателем СФ (OP = 1,3; CI [1,0–1,6];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 9,6$ ;  $p < 0,002$ ; R = 0,15), а также с высоким уровнем аффективных расстройств (OP = 1,4; CI [1,1–1,8];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 14,8$ ;  $p < 0,001$ ; R = 0,18), агрессивного поведения (OP = 1,2; CI [1,0–1,4];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 6,3$ ;  $p < 0,01$ ; R = 0,1) и психо-органических нарушений (OP = 1,2; CI [1,0–1,4];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 8,1$ ;  $p < 0,005$ ; R = 0,1).

Интенсивность психопатологических расстройств характеризовалась большей выраженностью у ВПН, в сравнении с ВНН и лицами контрольной группы (рис. 2). Уровень соматизации составил 1,29 (SD = 0,61) балла у ВПН и 0,94 (SD = 0,55) у ВНН; обсессивно-компульсивности – 1,1 (SD = 0,56) у ВПН и 0,85 (SD = 0,55) у ВНН; сензитивности – 1,1 (SD = 0,57)

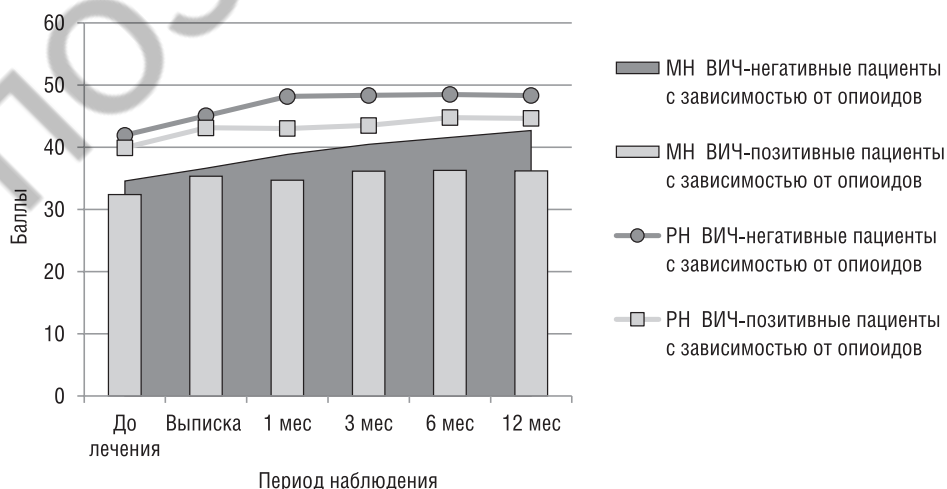


Рисунок 1. Динамика физического и психологического компонентов КЖ у ВПН и ВНН

Примечание: РН – физический компонент качества жизни; МН – психологический компонент качества жизни.

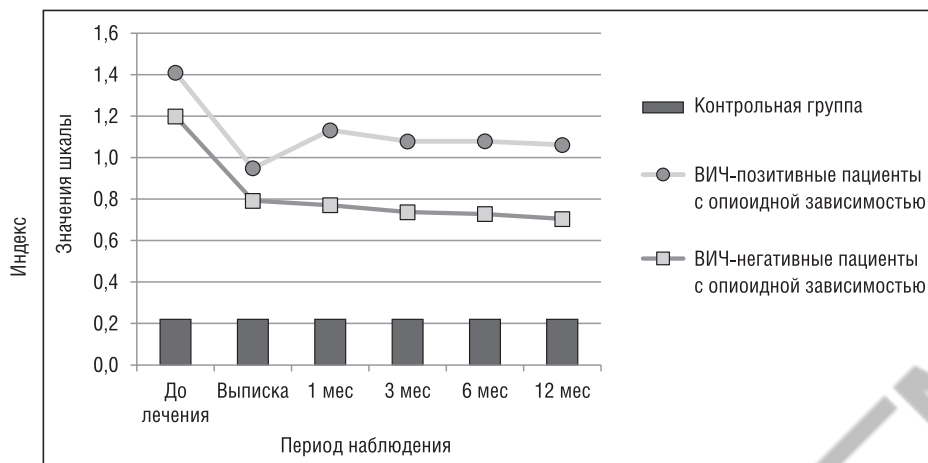


Рисунок 2. Динамика индекса общей тяжести психопатологического состояния ВПН и ВНН

Примечание: контрольная группа – данные Минко А. А. (2009).

у ВПН и 0,78 (SD = 0,52) у ВНН; депрессии – 1,23 (SD = 0,61) у ВПН и 0,96 (SD = 0,57) у ВНН; тревожности – 1,24 (SD = 0,61) у ВПН и 0,83 (SD = 0,52) у ВНН; враждебности – 1,15 (SD = 0,73) у ВПН и 0,78 (SD = 0,58) у ВНН; фобической тревожности – 0,71 (SD = 0,5) у ВПН и 0,44 (SD = 0,44) у ВНН; паранойяльных тенденций – 1,33 (SD = 0,67) у ВПН и 0,9 (SD = 0,6) у ВНН; психотизма – 0,81 (SD = 0,49) у ВПН и 0,56 (SD = 0,46) у ВНН. Индекс общей тяжести психопатологических симптомов (GSI) за весь период наблюдения составил 1,1 балла (SD = 0,52) у ВПН и 0,81 (SD = 0,4) у ВНН при 0,22 (SD = 0,14) у здоровых лиц [9].

Динамика индекса общей тяжести психопатологических симптомов у ВПН и ВНН представлена на рисунке 2.

Как видно из рисунка 2, на протяжении всего периода исследования более высоким GSI был у ВПН. Курс базисной терапии снижал выраженность психопатологической симптоматики, однако спустя месяц наблюдалось ее обострение у ВПН при снижении у ВНН. Показатели относительного риска свидетельствовали о наличии у ВПН прямой связи между ве-

роятностью развития рецидива болезни и высокими значениями индекса общей тяжести ППС (OR = 3,1; CI [2,6–3,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 208,2$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,6$ ), а также основных компонентов ППС: соматизации (OR = 5,6; CI [4,3–7,2];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 323,2$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,7$ ), депрессии (OR = 3,8; CI [3,1–4,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 267,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,7$ ), тревожности (OR = 3,5; CI [2,8–4,4];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 204$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,6$ ), враждебности (OR = 2,8; CI [2,5–3,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 211$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,6$ ), фобической тревожности (OR = 1,5; CI [1,3–1,7];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 31,5$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,2$ ) и психотизма (OR = 1,3; CI [1,0–1,3];  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,2$ ;  $p < 0,04$ ;  $R = 0,1$ ).

Сравнение результатов, полученных при исследовании у ВПН и ВНН выраженности патологического влечения к наркотику (ПВН) показало, что уровень ПВН за весь период наблюдения был в 1,6 раза выше у ВПН, чем у ВНН. С 1–12 месяцев наблюдения величина ПВН в среднем составила 14,2 балла (SD = 5,58) у ВПН и 6,82 (SD = 4,51) у ВНН, что указывало на тяжелую степень ПВН у ВПН. Динамика выраженности патологического влечения к наркотику у ВПН и ВНН представлена на рисунке 3.

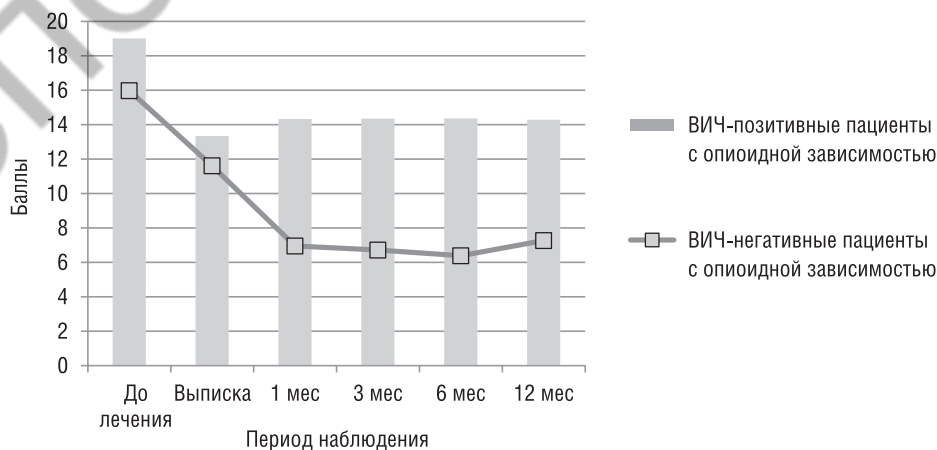


Рисунок 3. Динамика выраженности патологического влечения к наркотику у ВПН и ВНН

Как видно из рисунка 3, у ВПН, в сравнении с ВНН, на протяжении 12 месяцев наблюдения отмечалась более высокая интенсивность ПВН. Курс базисной терапии улучшал, но не стабилизировал функциональное состояние ВПН, что повышало риск развития рецидива болезни и способствовало хронизации имеющихся психопатологических расстройств [10]. Спустя месяц после выписки у ВПН наблюдалось обострение ППС, которое способствовало актуализации ПВН, срыву и возобновлению приема наркотиков (рис. 2, 3). В связи с этим, назначение АРТ через 1 месяц после лечения нецелесообразно из-за наличия высокого риска возврата к наркотизации и необходимости фармакологической коррекции ПВН.

Показатели относительного риска свидетельствовали о наличии у ВПН прямой связи между вероятностью развития рецидива болезни и высоким уровнем ПВН ( $OR = 10,6$ ;  $CI [8,0-14,0]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 636,6$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,9$ ), а также с его компонентами: идеаторными нарушениями ( $OR = 3,5$ ;  $CI [2,9-4,3]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 229,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,6$ ), тревогой ( $OR = 2,8$ ;  $CI [2,3-3,5]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 150,3$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,5$ ), дисфорией ( $OR = 2,3$ ;  $CI [2,0-2,7]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 129,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,5$ ), сниженным настроением ( $OR = 2,1$ ;  $CI [1,8-2,5]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 161,6$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,4$ ), расстройствами поведения ( $OR = 2,3$ ;  $CI [1,9-2,7]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 161,6$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,5$ ) и эмоциональной лабильностью ( $OR = 1,4$ ;  $CI [1,2-1,6]$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 161,6$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,2$ ).

### Выводы

1. Психологические показатели функционального состояния ВПН служат индикаторами риска рецидива наркотизации, оценки результатов лечения и качества ремиссии. Особенности психологических показателей функционального состояния ВПН заключаются в низком уровне удовлетворенности КЖ и СФ, и высоком уровне психопатологического состояния, являющимися факторами риска рецидива наркотизации, критериями оценки результатов лечения и качества ремиссии.

2. Более низкая у ВПН, чем у ВНН величина физического ( $p < 0,05$ ) и психологического ( $p < 0,05$ ) компонента КЖ, ролевого физического ( $p < 0,05$ ) и эмоционального функционирования ( $p < 0,05$ ), общего состояния здоровья ( $p < 0,05$ ) свидетельствуют о негативном влиянии на КЖ ВИЧ-инфекции, низком восприятии состояния здоровья, наличии связанных с болезнью эмоциональных и физических проблем, ограничивающих у ВПН социальную активность и способность справляться с эмоциональными и физическими нагрузками.

3. Риск рецидива болезни у ВПН сопряжен с низкой величиной психологического и физического компонентов КЖ; ролевого эмоционального и физического функционирования; восприятия общего состояния

здоровья. С риском рецидива болезни сопряжен низкий уровень СФ ВПН и отсутствие положительной динамики в течение 12 месяцев наблюдения.

4. Более высокий индекс тяжести симптомов психопатологического состояния и уровень патологического влечения к наркотику (ПВН) у ВПН, чем у ВНН и здоровых лиц ( $p < 0,05$ ) за 12 месяцев наблюдения указывает на взаимоотношения характер ВИЧ-сочетанной наркозависимости (ВСН), утяжеляющий динамику ППС и ПВН, также на необходимость проведения противорецидивных мероприятий.

5. Риск рецидива наркотизации у ВПН сопряжен с высоким общим индексом тяжести психопатологического состояния. Курс базисной терапии улучшает, но не стабилизирует состояние здоровья пациентов с ВСН, что приводит к хронизации имеющихся расстройств, повышает риск рецидива наркотизации и указывает на необходимость длительного поддерживающего лечения и психологического сопровождения пациентов на всех этапах развития заболевания.

6. Психодиагностический комплекс, включающий оценку КЖ, СФ, выраженности психопатологического состояния и патологического влечения к наркотику, следует рассматривать в качестве метода диагностики предвестников рецидива наркотизации, оценки состояния здоровья и эффективности лечения пациентов с ВИЧ-сочетанной наркозависимостью [13, 14].

### Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

### Литература

1. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0 для Windows (лицензионный номер SN AXAR207F394425FA-Q). На первом этапе оценивали соответствие распределения анализируемой переменной нормальному распределению (НР) с помощью теста Колмогорова-Смирнова. При НР переменную характеризовали с помощью математического ожидания (среднего) – М, среднего квадратического отклонения ( $\pm$  Клиническое течение ВИЧ-инфекции у наркоманов [Электронный ресурс] // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 10. – С. 58–58. – Режим доступа: <https://www.natural-sciences.ru/ru/article/view?id=11621>. – Дата доступа: 26.12.2019 г.

2. Кольцова, О. В. Личностные особенности и поддержка непрерывности лечения у ВИЧ-инфицированных пациентов [Электронный ресурс] / О. В. Кольцова [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2013. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/lichnostnye-osobennosti-i-podderzhanie-nepreryvnosti-lecheniya-u-vich-infitsirovannyh-pacientov>. – Дата доступа: 21.12.2019.

3. Factors contributing to dropping out from and returning to HIV treatment in inner city primary care HIV clinic in the United States / A. Pecoraro, C. Royer-Malvestuto, B. Rosenwasser, K. Moore, A. Howell, G. Woody // AIDS Care. – 2013. – Vol. 25. – P. 1399–1406.

4. Опыт употребления психоактивных веществ в прошлом и рискованное поведение в настоящем у ВИЧ-инфицированных женщин / П. В. Сафонова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т. 6, №. 4. – С. 24–34.

5. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 [Электронный ресурс] / Терапия. – Иркутск, 2005. – Режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>. – Дата доступа: 25.11.2019.

6. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

7. Чирко, В. В. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией: методические разработки / В. В. Чирко [и др.] / под ред. В. В. Чирко. – М.: ННЦН, 2005. – 15 с.

8. Бойко, Е. О. Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости // Наркология. – 2008. – № 9. – С. 61–69.

9. Минко, А. А. Информативность и диагностическая ценность результатов психодиагностического обследования как маркеров зависимости от опиоидов // Український вісник психоневрології [Украинский вестник психоневрологии]. – 2009. – Т. 17, № 2 (59). – С. 35–39.

10. Станько, Э. П., Игумнов С. А. Комплексная оценка динамики клинико-психопатологических и психосоциальных характеристик ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью // Вопросы наркологии. – 2016. – № 2. – С. 24–40.

11. Станько, Э. П., Игумнов С. А. Динамика патологического влечения к наркотику у ВИЧ-позитивных наркопотребителей // Наркология. – 2017. – № 6 (16). – С. 48–55.

12. Станько, Э. П. Структура и динамика психопатологической симптоматики у пациентов с опийной зависимостью до и после лечения // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений: материалы Второй ежегодной науч.-практ. конф. с междунар. участием «Дроздовские чтения», Москва, 8–9 декабря 2015 г. / РУДН; отв. ред. И. А. Зражевская. – М., 2015. – С. 413–434.

13. Станько, Э. П. Приверженность лечению и риск развития рецидива болезни у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков / Э. П. Станько // Материалы респ. с междунар. участием науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию Гродненского государственного медицинского ун-та, Гродно, 28 сентября 2018 г. / Гродн. гос. мед. ун-т; редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2018. – С. 731–734.

14. Станько, Э. П. Риск развития рецидива наркотизации в зависимости от психологических показателей функционального состояния ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков / Э. П. Станько // Материалы респ. с междунар. участием науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию Гродненского государственного медицинского ун-та, Гродно, 28 сентября 2018 г. / Гродн. гос. мед. ун-т; редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2018. – С. 734–737.