

# Сравнительные характеристики структурных различий в предоставлении медицинских услуг больным ВИЧ-инфекцией с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами

**КОРЕНЬ С.В.**

к.м.н., ст.н.с. отделения профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний, ФГУ «Национальный научный центр наркологии» Минздравсоцразвития России, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3, тел./факс: (499) 2417444, e-mail: psycab@rambler.ru

**ДОЛЖАНСКАЯ Н.А.**

к.м.н., ст.н.с.; зав. отделением профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний, ФГУ «Национальный научный центр наркологии» Минздравсоцразвития России, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3, тел. /факс: (499) 2417444, e-mail: natasha.dolzhanskaya@gmail.com

С позиции наркологической и инфекционной служб рассмотрены основные характеристики «типичного пациента» с двойным диагнозом — ВИЧ-инфекции и героиновой зависимости. Полученные данные медицинской документации о лечебно-профилактической помощи, оказанной потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), подтверждают предположение о «разобщенности» между функциями центров СПИДа и наркологических учреждений в контексте оказания помощи потребителям наркотиков с ВИЧ-инфекцией. С целью обеспечения непрерывности и преемственности лечебно-профилактической работы с потребителями психоактивных веществ (ПАВ) обосновывается необходимость дополнительного анализа возможных путей построения взаимодействия между ЛПУ наркологического профиля и центрами СПИДа.

**Ключевые слова:** медицинские услуги, ВИЧ-инфекция, потребители наркотиков, двойной диагноз

## Введение

Парентеральное введение наркотиков занимает ведущее место в структуре основных факторов риска инфицирования вирусом иммунодефицита человека [3, 5]. Высокий риск развития ВИЧ-инфекции и распространенность у потребителей наркотиков сочетанной патологии требуют комплексного решения проблемы оказания лечебно-профилактической помощи пациентам, страдающим зависимостью от ПАВ, в ЛПУ наркологического профиля и в центрах СПИДа [1].

В связи с этим у наркологической и инфекционной служб возникает необходимость обеспечения ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков комплексом лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих достичь их полного охвата и удержания в терапевтических программах [4].

Одной из насущных проблем при работе с пациентами с двойным диагнозом — ВИЧ-инфекция и наркотическая зависимость — является преемственность и налаживание эффективного взаимодействия между ЛПУ наркологического профиля и центрами СПИДа. Высокая степень коморбидности наркомании и ВИЧ-инфекции и недостаточная изученность ряда проблем оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с зависимостью от ПАВ определили актуальность такого взаимодействия.

## Объект и методы исследования

Исследования проводились в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля и центрах СПИДа Калининградской и Тверской областей, оказывающих специализированную помощь пациентам с «двойным» диагнозом.

Выкопировка и регистрация данных из амбулаторных карт пациентов производилась в специально разработанную анкету, содержательная часть которой базировалась на информации, получаемой из существующих стандартных, утвержденных Минздравом, регистрационных форм: Карты обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (форма №030-1/у-02), Карты диспансерного наблюдения центров СПИД, Медицинской карты амбулаторного наркологического больного (форма №025-5/у-88) и Статистической карты (форма №066-1/у-02).

В соответствии с критериями включения в исследование в анкету регистрировались основные социально-демографические характеристики пациентов; частота и поводы посещений; особенности течения основного и сопутствующего заболевания; комплекс проводившихся лечебно-диагностических мероприятий, включая лечение и диагностику ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости; диспансерный учет; экспертизы др.

Для соблюдения конфиденциальности в анкету не включались сугубо личные данные, такие, как фамилия пациента, адрес проживания и место работы.

Данные выкопировывались в течение 3 мес. из карт пациентов, которые обращались в ЛПУ в течение рабочего дня. Критерием включения в исследование было наличие диагноза ВИЧ-инфекции и данных анамнеза, указывающих на злоупотребление инъекционными наркотиками (ИН). Общее количество карт, из которых выкопировывались сведения, составило 926: в наркологических диспансерах (НД) — 465 карт — (50,2%), в центрах СПИДа — 461 карта — (49,8%).

На последующем этапе исследования данные, собранные на бумажные носители, переносились в электронные таблицы для формирования компьютерной базы. В процессе анализа были выделены две основные группы сравнения: потребители наркотиков с ВИЧ-инфекцией, обратившиеся первично за наркологической помощью в ЛПУ наркологического профиля, пациенты с ВИЧ-инфекцией, злоупотребляющие ПАВ и находящиеся под наблюдением в центрах СПИДа.

В итоге был проведен сравнительный анализ полученных данных с применением современных методов статистической обработки на персональном компьютере в программе SPSS 10.

### Результаты исследования

Средний возраст посетителей НД составил  $31,08 \pm 0,3$  года, а центров СПИДа —  $31,35 \pm 0,4$  года, и существенной разницы по возрасту между посетителями этих ЛПУ не отмечалось ( $p=0,6$ ). При этом в обеих выборках более половины случаев ВИЧ-инфекции оказались у пациентов в возрастном интервале 25 лет — 32 года.

Как в наркологических учреждениях, так и в центрах СПИДа преобладали пациенты мужского пола: 139 чел. (68,1%) и 154 чел. (66,1%) соответственно. В обеих изучаемых подгруппах преобладание лиц мужского пола оказалось статистически достоверным ( $p < 0,001$ ).

Диагноз *ВИЧ-инфекция* был зафиксирован во всех картах пациентов (461 карта, 100%) центров СПИДа, включенных в исследование. По сведениям из карт НД, диагноз *ВИЧ-инфекция* был зарегистрирован у 205 пациентов (44%), из них у 22 пациентов (4,7% выборки) в картах не было сведений о прохождении теста на ВИЧ-инфекцию, а в одном случае был зафиксирован отказ от обследования на ВИЧ. Таким образом, общий объем выборки пациентов с ВИЧ-инфекцией, имевших в анамнезе периоды злоупотребления ИН, составил 442 наблюдения (146 женщин и 296 мужчин) в возрасте от 17 до 49 лет. Из них 205 чел. были пациентами НД и 237 чел. — пациентами центров СПИДа.

Среди пациентов центров СПИДа в 237 картах был зафиксирован факт злоупотребления опиоидами (51,4%). В то же время сведения об опыте злоупотребления другими ПАВ были отражены практически во все картах, попавших в регистрацию, и отсутствовали только в четырех случаях, что свидетельствует о высокой настороженности врачей-инфекционистов в СПИД-центрах в отношении возможной наркотизации своих пациентов.

Более чем у половины пациентов центров СПИДа (52,2%) основным источником доходов являлась работа, в то время как пациенты НД чаще находились на иждивении у своих близких и родственников (45,9%) ( $p < 0,001$ ). «Проживание с другими потребителями наркотиков» как возможный фактор распространения ВИЧ-инфекции в медицинской документации пациентов центров СПИДа было отмечено у 35 чел. (14,7%). В картах пациентов НД эти сведения были зафиксированы только у четырех пациентов, и более чем в половине случаев (52,9%) данная информация вообще отсутствовала, что указывает на, возможно, большую закрытость данной категории больных по сравнению с пациентами центров СПИДа.

Оценивая первичную обращаемость потребителей ПАВ с ВИЧ-инфекцией в учреждения наркологического и инфекционного профиля следует отметить, что самостоятельный характер обращения за медицинской помощью был более типичен для пациентов центров СПИДа (72,6%), в то время как в НД «самостоятельно» обращались чуть более половины посетителей (51,7%). Для лиц с первично установленным диагнозом *наркотическая зависимость* было чаще распространено обращение в ЛПУ наркологического профиля «под давлением внешних обстоятельств», в частности милиции (10,7%), родственников (9%) и по направлению судебно-наркологической экспертной комиссии (9%).

В 442 картах пациентов с двойным диагнозом — *наркотическая зависимость* и *ВИЧ-инфекция* — только 12,4% пациентов центров СПИДа находились под диспансерным наблюдением нарколога НД. В то же время под диспансерным наблюдением врача-инфекциониста центра СПИДа находились 65% пациентов. Заслуживает внимания показатель диспансерного наблюдения пациентов центров СПИДа у фтизиатра, отражающий современную тенденцию к росту заболеваемости туберкулезом у пациентов с ВИЧ-инфекцией. В изученной документации практически отсутствовали сведения о наблюдении пациентов центров СПИДа и НД у специалистов других специальностей, что может свидетельствовать о недостаточном обмене информацией между лечебно-профилактическими учреждениями различного профиля.

Сведения о попытках прекратить наркотизацию, полученные из анамнеза обследованных, могут рассматриваться как важный индикатор проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками, и косвенно отражать тяжесть наркотической зависимости [2]. Прекратить прием наркотиков не пытались ни разу 30 пациентов (12,6%) центров СПИДа, а из 205 пациентов НД с ВИЧ-инфекцией у 203 чел. (99%) была хотя бы однократная попытке бросить наркотики (самостоятельно или в условиях ЛПУ). Из 442 обследованных потребителей ПАВ с ВИЧ-инфекцией 232 чел. (52,5%) предпринимали попытки прекратить наркотизацию самостоятельно. Из 210 чел. (47,5%), обращавшихся за наркологической помощью, пытались прекратить наркотизацию от одного до 29 раз, а 84,8% лиц, обращавшихся в ЛПУ для прекращения наркотизации, составляли пациенты НД. Большинство пациентов СПИД-центра обращалось за подобной услугой не более трех раз.

Среди пациентов центров СПИДа отмечался несколько более высокий уровень рискованного поведения, связанного с инъекционным введением наркотиков, — (8,1%), по сравнению с посетителями НД (3,9%) ( $p < 0,001$ ). Не пользовались чужими шприцами 37,1% пациентов НД с ВИЧ-инфекцией и 71,5% потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией в центрах СПИДа. Однако в медицинской документации НД в 59% случаев отсутствовала информация о практиках рискованного поведения, что может свидетельствовать о недостаточном внимании к данному вопросу со стороны врачей-наркологов.

Важными показателями, оказывающими существенное влияние на тактику ведения больных с ВИЧ-инфекцией и своевременное назначение ВААРТ, являются сроки установления диагноза, клинические показания и данные лабораторных исследований, определение иммунного статуса, включая количество CD4-клеток и др. [6].

У потребителей наркотиков — пациентов НД — среднее время от момента установления диагноза ВИЧ-инфекция составило  $6,6 \pm 0,2$  года и было достоверно больше, чем у пациентов центров СПИДа, —  $5,3 \pm 0,2$  года ( $p < 0,001$ ). Среди пациентов НД 14 чел. (6,8%) не имели даты установления диагноза ВИЧ-инфекция, а в центрах СПИДа был зарегистрирован только один такой пациент ( $p = 0,03$ ).

В медицинской документации подавляющего большинства пациентов с ВИЧ-инфекцией (99%), находившихся на лечении наркологических ЛПУ, данные об иммунном статусе отсутствовали, а информация о получении ВААРТ была только у одного пациента НД с давностью заболевания более 4 лет. В то же время в центре СПИДа среди пациентов, потребителей ПАВ с ВИЧ-инфекцией, ВААРТ получали

142 пациента (62,4% выборки) с различными сроками установления диагноза. Выявленная разница в сведениях о назначении ВААРТ пациентам с ВИЧ-инфекцией в НД и в центрах СПИДа может быть связана и с отсутствием показаний к ее назначению. Но отсутствие полной информации о показаниях к назначению ВААРТ в медицинской документации НД не позволяет ответственно делать такое утверждение. Скорее, это может свидетельствовать о недостатке знаний или о низкой мотивации врачей-наркологов к сбору и учету сведений не только о рискованном поведении потребителей наркотиков, но и о лечении ВИЧ-инфекции у пациентов с зависимостью от ПАВ. Кроме того, эти различия могли быть связаны и с отсутствием необходимого взаимодействия и обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями, предоставляющими специализированную помощь практически одной и той же целевой группе пациентов.

Были получены сведения о назначении ВААРТ пациентам с зависимостью от ПАВ в связи с различными сроками установления диагноза ВИЧ-инфекция. Так, из 148 чел., получавших антиретровирусную терапию в центре СПИДа, только в 12 случаях (5,1%) ВААРТ была прекращена. В целом для описания причин прекращения приема ВААРТ использовались следующие основные формулировки: злоупотребление алкоголем, отказ от лечения, отсутствие препаратов, отсутствие необходимого уровня приверженности к лечению со стороны пациента и по причине злоупотребления наркотиками.

При этом прекращение ВААРТ по причинам, связанным со злоупотреблением наркотиками, составило всего 2 случая (0,8%), что говорит о достаточной способности потребителей наркотиков с сопутствующей ВИЧ-инфекцией подчиняться проводимой терапии.

Для уточнения возможной связи между медицинскими услугами, предлагаемыми ПИН с ВИЧ-инфекцией в ЛПУ наркологического профиля и в центрах СПИДа, нами был проведен анализ основных лечебных и других мероприятий (экспертизы, выдача медицинской документации), зарегистрированных в изученной медицинской документации пациентов.

В ходе выкопировки были выявлены 28 различных функций медицинского сервиса, предоставляемого двумя обследуемыми учреждениями. Среди них были: консультации нарколога, инфекциониста, фтизиатра, невропатолога, терапевта, дерматовенеролога, хирурга, психолога, стоматолога, гинеколога, гематолога, онколога; лабораторные и инструментальные обследования на сифилис, на антитела к ВИЧ, определение вирусной нагрузки и иммунного статуса (CD4-клетки), флюорографическое исследование и др. Получение курса медикамен-

тозного лечения оппортунистических заболеваний и ВИЧ-инфекции (ВААРТ), прохождение консультирования до и после теста на ВИЧ, детоксикация (лечение абстинентного синдрома), реабилитация по поводу наркотической зависимости, поддерживающая психофармакотерапия наркотической зависимости, экспертиза трудоспособности, экспертиза на состояние наркотического опьянения; получение больничных листов, справок по месту требования, выписок из истории болезни. Среди сведений о консультациях у различных специалистов в центре СПИДа и в наркологическом диспансере из анализа была исключена информация о наблюдении у онколога, так как у данного специалиста никто из выборки (442 чел.) не наблюдался.

### Заключение

Сведения, получаемые из медицинской документации, являются основными не только для мониторинга ситуации, связанной с употреблением наркотиков, но и для повышения качества оказания наркологической помощи, и для расширения представления о потребности пациентов с зависимостью от ПАВ в других видах специализированной помощи.

Данные медицинской документации о лечебно-профилактической помощи, оказанной ПИН, подтверждают предположение о наличии «разобщенности» между функциями центров СПИДа и наркологических учреждений в контексте оказания помощи потребителям наркотиков с ВИЧ-инфекцией.

Важными задачами при оказании медицинской помощи таким пациентам являются максимальное расширение охвата всем комплексом необходимых лечебно-профилактических мероприятий, координации усилий специалистов различного профиля и четкая координация в их действиях при назначении терапии.

Для выработки новых подходов к совершенствованию организации наркологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией необходим учет комплекса субъективных и объективных факторов. Сведения, получаемые из медицинской документации, являются основными не только для мониторинга ситуации, связанной с употреблением наркотиков, но и для повышения качества оказания наркологической помощи, и для расширения пред-

ставлений о потребности пациентов с зависимостью от ПАВ в других видах специализированной помощи.

В медицинской документации должна быть полно и достоверно отражена информация о сопутствующих инфекционных заболеваниях и сведения о постановке на диспансерный учет и о диспансерном наблюдении. Такая информация может быть положена в основу рекомендаций о необходимости комплексного подхода и совершенствования организационных форм оказания наркологической помощи пациентам с зависимостью от ПАВ.

Наличие у потребителей ПАВ сопутствующих заболеваний — «двойного диагноза» и, как правило, значительно большего их числа (гепатиты В и С, туберкулез, ИППП и др.), требует комплексного подхода к предоставлению наркологической помощи при обязательном учете индивидуальных, социальных, медицинских и других проблем, возникающих у каждого конкретного пациента.

### Список литературы

1. Barash E.T., Hanson D.L., Buskin S.E., Teshale E. HIV-infected injection drug users: health care utilization and morbidity // *J. Health Care Poor Underserved*. — 2007. — Aug. — Vol. 18(3). — P. 675—686.
2. Bennett M.E., Nidecker M., Strong Kinnaman J.E., Li L., Bellack A.S. Examination of the inventory of drug use consequences with individuals with serious and persistent mental illness and co-occurring substance use disorders // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 2009. — Vol. 35(5). — P. 385—390.
3. Bertagnolio S., Derdelinckx I., Parker M., Fitzgibbon J., Fleury H., Peeters M., Schuurman R., Pillay D., Morris L., Tanuri A., Gershy-Damet G.M., Nkengasong J., Gilks C.F., Sutherland D., Sandstrom P. World Health Organization // *HIVResNet Drug Resistance Laboratory Strategy* // *Antivir. Ther.* — 2008. — Vol. 13. — Suppl. 2. — P. 49—57.
4. Cunningham W.E., Sohler N.L., Tobias C., Drainoni M.L., Bradford J., Davis C., Cabral H.J., Cunningham C.O., Eldred L., Wong M.D. Health services utilization for people with HIV infection: comparison of a population targeted for outreach with the U.S. population in care // *Med. Care*. — 2006. — Nov. — Vol. 44(11). — P. 1038—1047.
5. Drain P.K., Smith J.S., Hughes J.P., Halperin D.T., Holmes K.K. Correlates of national HIV seroprevalence: an ecologic analysis of 122 developing countries // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* — 2004. — Apr. 1. — Vol. 35(4). — P. 407—420.
6. Piliero P.J. Early factors in successful anti-HIV treatment // *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic Ill)*. — 2003. — Jan.—Mar. — Vol. 2(1). — P. 10—20.

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE STRUCTURAL DIFFERENCES IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES FOR HIV POSITIVE DRUG USERS

KOREN S.V., DOLZHANSKAYA N.A.

From the standpoint of drug abuse and infectious service the basic characteristics of «typical patient» with a dual diagnosis of HIV infection and heroin addiction were revealed. The data obtained from medical records of treatment and preventive care provided to IDUs, confirm the hypothesis of «disconnection» between the functions of the AIDS Centers and drug treatment clinics. In order to ensure continuity of therapeutic and preventive work for patients with double diagnosis the need for additional analysis and development of possible ways of interaction between drug addiction treatment clinics and AIDS centers was proved.

Key words: medical service, HIV, drug users