

что это уже ребенок, что в 7-8 недель ручки, ножки уже можно рассмотреть...

Здесь важно помочь женщине взвесить все "за" и "против" своего положения. Решение будет принимать она сама, но уже более объективно смотря на свою ситуацию.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Станько Э.П.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальной проблемой для стран Европейского Союза (Harm Reduction International, 2012) и СНГ (Киржанова В.В., 2009), несмотря на предпринимаемые усилия по борьбе с потреблением наркотиков, является рост заболеваемости наркозависимостью и ее медико-социальные последствия. Запрещенные наркотики подрывают социально-экономическое развитие стран и способствуют росту преступности, нестабильности и распространению ВИЧ-инфекции (Федотов Ю.В., 2012). В мире к категории «проблемных» наркопотребителей относятся примерно 27 млн. человек, что составляет 0,6% взрослого населения. В Беларуси с начала 90-х годов уже наблюдалось увеличение числа лиц, страдающих наркозависимостью. Однако реальная распространенность потребления наркотиков, общая и первичная заболеваемость наркоманиями значительно выше официальных данных, поскольку на каждого выявленного потребителя наркотиков приходится примерно 7 не выявленных.

Одной из причин распространения наркоманий и ВИЧ-инфекции является низкая эффективность проводимых лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий. Наркологическая помощь, в основном, ограничивается купированием синдрома отмены, а также острых психотических и соматических расстройств вследствие употребления ПАВ.

Низкий терапевтический результат наркозависимости обусловлен игнорированием основных принципов лечения НЗП, в частности, этапности и комплексности, отсутствием клиент-центрированного подхода, учитывающего потребности НЗП, особенностью течения наркологических расстройств, носящих системный, хронический характер. Поэтому в течение года более 70% НЗП многократно находятся на лечении, а 90% НЗП в течение года после однократного курса стационарного лечения возобновляют прием наркотиков. На низком уровне организована биопсихосоциальная реабилитация НЗП. В течение года полная ремиссия наблюдается лишь у 7-9,1% НЗП, которые имели опыт участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах государственных центров.

Существующий подход к оценке эффективности лечения НЗП сводится в основном к определению сроков длительности полной ремиссии, под которой понимается явный отказ от приема наркотиков. Подобная оценка представляется недостаточной, так как опийная зависимость, являясь хроническим рецидивирующим заболеванием, с которым трудно бороться из-за навязчивой и непреодолимой тяги к наркотику, заставляет потребителя принимать наркотик даже под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты здоровья (Geneva, WHO, 2004). Кроме того, для НЗП характерен ряд медицинских, психологических и социальных проблем которые необходимо учитывать при планировании и оказании медицинской помощи, особенно в случаях присоединения ВИЧ-инфекции. Изучение клинических и психосоциальных результатов лечения опийной зависимости в динамике позволит разработать критерии эффективности ее лечения. Необходимость разработки научно-обоснованных критериев результативности лечения опийной зависимости и определила цель настоящего исследования.

Материал и методы. Материал работы включает сведения о результатах лечения 238 (45,2%) ВИЧ-позитивных (ВПН) и 289 (54,8%) ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью (ВНН). В основную группу (ВПН) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость»

F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. На стационарном этапе лечения находились 189 (65,4%) ВНН и 137 (57,6%) ВПН, амбулаторном – 100 (34,6%) ВНН и 101 (42,4%) ВПН. Заместительную метадоную терапию получали 170 (58,8%) ВНН и 91 (38,2%) ВПН, психофармакотерапию – 119 (41,2%) ВНН и 147 (61,7%) ВПН, антиретровирусную терапию – 54 (22,7%) ВПН. Возраст ВНН находился в пределах от 20 до 56 лет, средний возраст – 31,03 год ($SD=6,05$). Возраст ВПН варьировал от 19 до 51 года, средний возраст составил 32,6 года ($SD=5,54$). Подавляющее большинство пациентов (ВПН – 98,5%, ВНН – 97,5%) были инъекционными потребителями кустарно ацетилированных препаратов снотворного мака. Длительность опиийной зависимости 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. Верификация соматической патологии проводилась квалифицированными специалистами с использованием современного диагностического оборудования из числа сотрудников специализированных медицинских учреждений.

Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) исследование с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клинико-психологическое исследование выполнялось с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты больных, по протоколу, в соответствии с правилами GCP. Изучение эффективности терапии НЗП на разных этапах заболевания, получавших различные терапевтические программы проводилось с использованием карты аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков (КАПИН).

При обработке данных использовался стандартный пакет прикладных статистических программ Statistica 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты и обсуждение. В мировой практике в качестве критериев эффективности лечения используется широкий набор индикаторов терапевтического результата, где полная ремиссия, как единственная цель программы лечения наркозависимости, не рассматривается. Длительное злоупотребление опиатами сопряжено с ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью наркопотребителей, риском инфекционного заражения, безработицей, нарушением семейных связей, криминальной активностью (Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001). Эффективность оказанной медицинской помощи НЗП может быть оценена по изменениям во всех проблемных областях, связанных с потреблением наркотиков.

Многофакторная оценка оказания медицинской помощи 527 пациентам с опийной зависимостью осуществлена на основе множественности результатов, затрагивающих разные аспекты заболевания и функционирования НЗП. Анализ раздела «Общая информация» КАПИН показал, что на момент начала потребления наркотика возраст у ВПН колебался в пределах 13-35 лет, средний возраст составил 18,6 лет, у ВНН – от 13 до 37 лет, средний возраст – 20,1 лет. В течение жизни активность потребления наркотиков у ВНН характеризовалась, как умеренная (в среднем, 0,9 раз в неделю) и высокая (1 раз в день), у ВПН – умеренная (0,9 раз в неделю) и высокая (1,2 раза в день). На момент обследования активность потребления наркотиков у ВПН и ВНН была высокой. Частота приема наркотика в день у ВНН составила в среднем, 2 случая, у ВПН – 2,5. Ранее помощь не получали 19 (7,9%) ВПН и 9 (3,1%) ВНН, впервые обратились за помощью 19 (7,9%) ВПН и 11 (3,8%) ВНН. Ранее психиатрическую помощь получали 32 (13,4%) ВПН и 21 (7,26%) ВНН; наркологическую – 234 (98,3%) ВПН и 287 (99,3%) ВНН; психологическую – 102 (42,8%) ВПН и 142 (49,1%) ВНН; социальную – 3 (1,26%) ВПН и 7 (2,42%) ВНН. В амбулаторных условиях помощь получали 190 (79,8%)

ВПН и 127 (43,9%) ВНН, в стационарных – 214 (89,9%) ВПН и 263 (91,0%) ВНН.

В виде психофармакотерапии общепринятыми психотропными средствами ранее медицинскую помощь получили 84% ВПН, детоксикации – 45,8% ВПН, мотивирующего консультирования – 35,3% ВПН, другого психотерапевтического воздействия – 29,4% ВПН. По сравнению с ВПН, ВНН чаще находились на детоксикации (88,9%), испытывали психотерапевтическое воздействие (42,6%), включая мотивирующее консультирование (37,0%). ВНН также, как и ВПН предпочитали лечиться общепринятыми психотропными средствами (82,7%).

Подавляющее большинство ВНН (232/80,3%) и около половины ВПН (114/47,9%) не имели опыта участия в программах заместительной терапии (ЗТ). Для проведения ЗТ у 53 (18,3%) ВНН и 41 (17,2%) ВПН препаратом выбора был метадон, суточная доза которого у ВНН колебалась в пределах от 40 до 110 мг, у ВПН – от 20 до 120 мг. ЗТ проводилась чаще проводилась в стационарных условиях (38/15,9% ВПН и 39/13,5% ВНН), в меньшей степени – амбулаторно (5/2,1% ВПН и 27/9,3% ВНН). ВНН дольше находились в программе ЗТ, чем ВПН. Так, средняя продолжительность нахождения в ЗМ у ВПН составила 0,4 месяца, у ВНН – 1,2 месяца. Нарушения режима были основными обстоятельствами прекращения участия в программе ЗТ у 8 (3,4%) ВПН и 6 (2,1%) ВНН. Арестованы 1 (0,4%) ВПН и 7 (2,4%) ВНН; самовольно отказались от участия в программе ЗТ 2 (0,8%) ВПН и 9 (3,1%) ВНН; осужден 1 (0,3%) ВНН; депортированы из Чехии и Швейцарии – 2 (0,7%) ВНН.

Проблемы, вызванные инъекционным потреблением наркотиков встречались в 2 раза чаще среди ВПН, чем среди ВНН: передозировки – у 199 (83,6%) ВПН и 134 (46,4%) ВНН; абсцессы – у 170 (71,4%) ВПН и 92 (31,8%) ВНН; кровоподтеки – у 183 (76,9%) ВПН и 113 (39,1%) ВНН; грубые рубцы – у 135 (56,7%) ВПН и 42 (14,5%) ВНН; трудности при выполнении инъекций – у 228 (95,8%) ВПН и 256 (88,6%) ВНН; «грязная» инъекция, вызвавшая

тошноту – у 223 (93,7%) ВПН и 240 (83,0%) ВНН. Следует отметить, что передозировки в 2 раза чаще наблюдались у ВПН (1,85) по сравнению с ВНН (0,96), в том числе и за последний месяц в 3,1 раза чаще у ВПН (0,28), чем у ВНН (0,09). Отказаться от потребления наркотиков пробовали как ВПН, так и ВНН. В среднем, число попыток отказа от наркотиков у ВПН (7,66) было в 2 раза больше, чем у ВНН (4,12). Более половины ВНН (153/52,9%) и около трети ВПН (66/27,7%) совершали единичные попытки отказа от наркотиков, многократные – чаще совершались ВПН (167/70,2%), чем ВНН (128/44,3%).

Значимой характеристикой терапевтического результата выступает ослабление тяжести симптомов заболевания, снижение риска вероятности рецидива. При этом оценивается уменьшение числа госпитализаций, связанных с наркотизацией и психическими расстройствами, лечение имеющихся соматических осложнений, улучшение психического состояния в целом. Среди ВПН (5/2,1%) число пациентов ни разу не обращавшихся за лечением в связи с наркотической зависимостью в 2,5 раза больше, чем среди ВНН (2/0,7%). Количество госпитализаций за предшествующий период потребления наркотиков у ВПН составило 4,5 случаев, у ВНН – 3,1. Продолжительность стационарного лечения у ВПН составила 11,1 дней, у ВНН – 10,4. Длительность терапевтической ремиссии после стационарного лечения у ВПН в среднем составила 37,4 дней, у ВНН – 33,5 дня. На амбулаторной терапии чаще находились ВПН (5,7 случаев), чем ВНН (4,1). Продолжительность амбулаторного лечения у ВПН составила, в среднем, 6,8 дней, у ВНН – 5,8. Вместе с тем, длительность терапевтической ремиссии после амбулаторного лечения у ВПН (9,7 дней) короче, чем у ВНН (10,7). Дополнительная лечебно – консультативная помощь в связи со злоупотреблением алкоголем, рецидивом наркотизации или иными медико-социальными проблемами ВПН (0,36 случаев) и ВНН (0,07) оказывалась редко. Воздерживались от приема наркотика в привычных условиях доступа к нему в течение последних 30 дней лишь 0,02 ВНН и 0,28 ВПН. Спонтанные ремиссии (без предшествующего лечения) в 4,8 раза чаще наблюдались у

ВПН (3,9 случая), чем у ВНН (0,8). При этом, длительность спонтанных ремиссий у ВНН в среднем составила 5 месяцев, у ВПН – 4,8 месяца.

Большая часть ВПН (157/65,9%) и ВНН (215/74,4%) опыта участия в программах реабилитации по преодолению зависимости не имели. Из НЗП, которые имели опыт участия в программах реабилитации, чаще находились на реабилитации ВПН (0,3 случая), чем ВНН (0,1 случая). При этом, ВНН (0,7 мес.) в 2 раза дольше находились в программе реабилитации, нежели ВПН (0,3 мес). Число случаев, когда воздержание связанное с реабилитационной программой ограничивалось сроками пребывания в самой программе чаще наблюдалось в 3,1 раза среди ВПН (0,26 случаев), чем среди ВНН (0,08). Обстоятельства прекращения лечения наркозависимости предпочитали не раскрывать 53 (18,3%) ВНН и 12 (5,0%) ВПН. На окончание курса терапии, как причину прекращения лечения наркозависимости, чаще указывали ВНН (101/34,9%), чем ВПН (32/13,4%). Нарушение лечебного режима в качестве причины прекращения лечения было характерным для 143 (60,1%) ВПН и 117 (40,5%) ВНН. Из-за развития побочных явлений и осложнений прекращали принимать лечение наркозависимости 13 (5,5%) ВПН. По заявлению (собственному желанию) отказались от лечения наркозависимости 61 (21,1%) ВНН и 35 (14,7%) ВПН. Если основным мотивом отказа от наркологической помощи 57 (19,7%) ВНН и 15 (6,3%) ВПН считали опасения постановки на учет, то 130 (54,6%) ВПН и 129 (44,6%) ВНН основным мотивом отказа от наркологической помощи было скептическое отношение к возможностям лечения, основанное на негативном опыте знакомых. При этом, 93 (39,1%) ВПН и 91 (31,5%) ВНН были уверены в своей способности осуществить отказ от наркотиков без посторонней помощи, потому намерений прекращать потребление наркотика не испытывали. Следует отметить, что скрининг потребления наркотиков у 143 (60,1%) ВПН и 103 (35,6%) ВНН никогда не проводился. Однократно проводился – у 73 (30,7%) ВПН и 155 (53,6%) ВНН, систематически регулярно – лишь у 17 (7,1%) ВПН и 29 (10,0%) ВНН.

Сопутствующих заболеваний не имели лишь 2 (0,8%) ВПН и 8 (2,7%) ВНН. Из всей когорты обследованных заболеваниями дыхательной системы страдали 114 (47,9%) ВПН и 44 (15,2%) ВНН, мочевыделительной – 8 (3,4%) ВПН и 2 (0,7%) ВНН, сердечно-сосудистой – 6 (2,5%) ВПН и 2 (0,7%) ВНН, желудочно-кишечного тракта – 13 (5,5%) ВПН и 4 (1,4%) ВНН. Встречаемость тревожных расстройств среди ВНН (16/5,5%) была в 2,6 раза выше, чем среди ВПН (6/2,5%). Вместе с тем, органические психические расстройства в 3,8 раза чаще наблюдались у ВПН 15 (6,3%), чем у ВНН 4 (1,4%). Аффективные расстройства также чаще имели место среди ВПН 6 (2,5%), чем среди ВНН 4 (1,4%). Частота встречаемости поведенческих (психопатоподобных) расстройств среди ВПН (9/3,8%) и ВНН (11/3,8%) была одинаковой. Следует отметить, что среди пациентов с опиоидной зависимостью наиболее распространенным заболеванием был вирусный гепатит «С» (ВГС), которым страдали 230 (96,6%) ВПН и 245 (84,7%) ВНН. Вирусным гепатитом «В» (ВГВ) были инфицированы 57 (23,9%) ВПН и 28 (9,7%) ВНН; туберкулезом – 14 (5,9%) ВПН и 9 (3,1%) ВНН; инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) – 65 (27,3%) ВПН и 10 (3,4%) ВНН. Более частая, по сравнению с ВНН, встречаемость у ВПН ВГС (в 1,2 раза), ВГВ (в 2,5 раза) и ИППП (в 7,9 раз) свидетельствует о более рискованном инъекционном и половом поведении ВПН.

Не обращались ни разу за лечением в связи с ВИЧ-инфекцией 104 (43,7%) ВПН. Средний возраст на момент инфицирования ВИЧ составил 26,2 лет. ВПН редко находились на стационарном лечении вследствие лечения ВИЧ (0,9 случаев госпитализаций). При этом, средняя продолжительность стационарного лечения составила 5,2 дней. Амбулаторно ВПН лечились в связи с ВИЧ также редко (0,2 случая). Однако, средняя продолжительность амбулаторного лечения составила 5,3 месяцев. Случаи оказания дополнительной лечебно-консультативной помощи в связи с ВИЧ, иными медицинскими и социальными проблемами были редкими (0,1). Оценка тяжести иммунитета систематически регулярно у каждого ВПН не

проводилась. Из когорты обследованных ВПН, которым проводилась оценка тяжести иммунодефицита, количество лимфоцитов (CD4+) в мкл колебалось в пределах 98-900 (в среднем, 399,6), число копий РНК в мл находилось в диапазоне 450-13000 (в среднем, 1679,9). Основным мотивом прекращения лечения ВИЧ у 76 (31,9%) ВПН было отсутствие лечебного эффекта. Побочные эффекты терапии, влияющие на повседневную жизнь, были причиной прекращения лечения ВИЧ у 53 (22,3%) ВПН; гепатотоксичность, проблемы с функционированием печени – у 55 (23,1%) ВПН. Мотив прекращения лечения ВИЧ 56 (23, 5%) ВПН предпочитали не раскрывать. В ходе лечения ВИЧ 130 (54,6%) ВПН старались соблюдать врачебные рекомендации.

Для оценки терапевтического результата значение имеет характер потребления психоактивных веществ (ПАВ). Кроме опиатов в течение последнего месяца 32 (13,4%) ВПН и 10 (3,46%) ВНН употребляли каннабиноиды, 13 (5,46%) ВПН и 7 (2,42%) ВНН – психостимуляторы, 105 (44,1%) ВПН и 67 (23,2%) ВНН – алкоголь. При этом, число доз потребляемых в день опиатов составило в среднем у ВПН 2,5, у ВНН – 2,1. Раз в неделю каннабиноиды употребляли 23 (9,7%) ВПН и 23 (7,9%) ВНН, психостимуляторы – 6 (2,5%) ВПН и 6 (2,1%) ВНН; раз в месяц каннабиноиды употребляли 9 (3,8%) ВПН и 2 (0,7%) ВНН, психостимуляторы – 7 (2,9%) ВПН. Из спиртных напитков, ВПН и ВНН предпочитали пиво и водку. Так, 62 (26,1%) ВПН и 34 (11,7%) ВНН употребляли пиво, 35 (14,7%) ВПН и 31 (10,7%) ВНН – водку, 3 (1,3%) ВПН и 1 (0,3%) ВНН – джин тоник, 2 (0,8%) ВПН – вино. Основным способом введения опиатов был внутривенный. Вместе с тем, опыт орального приема наркотика имели 89 (37,4%) ВПН и 27 (9,3%) ВНН, ингаляционного (курение) – 32 (13,4%) ВПН и 10 (3,4%) ВНН. Ежедневное потребление опиатов практиковали 216 (90,7%) ВПН и 236 (81,6%) ВНН; несколько раз в неделю, но не ежедневно – 21 (8,8%) ВПН и 52 (17,9%) ВНН. Средняя длительность сформированной зависимости к моменту обследования

составила у ВПН 13,9 лет, ВНН – 10,9 лет. Средняя суточная доза потребляемого наркотика при инъекционном употреблении у ВПН составила 968,1 грамм семян мака, ВНН – 692,4 гр.

Показатели выраженности поведения, связанного с риском для здоровья НЗП чрезвычайно важны для оценки результатов лечения. Так, в течение последнего месяца ВПН употребляли наркотик инъекционным путем в среднем 29,8 дней, ВНН – 29,6. Количество раз инъекционного введения наркотика в день у ВПН составило 2,5 случаев, у ВНН – 2,4. В течение последнего месяца ВПН (3,2) в 1,7 раза чаще, чем ВНН (1,8) использовали для введения наркотика иглы и шприцы, которыми пользовались другие наркопотребители. Среднее число партнеров, с которыми наркопотребители в течение последнего месяца вступали в половые отношения без использования презерватива у ВПН составило – 1,3, у ВНН – 1,2. Общее количество случаев проникающего секса без средств защиты у ВПН в течение последнего месяца составило – 4,3, у ВНН – 5,2.

Улучшение качества жизни и социального функционирования НЗП сопряжено с улучшением межличностных отношений в семье, нормализацией отношений с друзьями и коллегами по работе. Поэтому снижение количества конфликтов, улучшение социальной адаптированности с появлением новых интересов и позитивной поддержки окружающих служат показателями эффективной помощи. Анализ социальных контактов НЗП с лицами из ближайшего окружения показал, что число дней общения (в том числе через телефонные разговоры) в течение последнего месяца составило: с партнерами – у ВПН 25,5 и ВНН – 24,7; с родственниками – у ВПН 25,2 и ВНН – 24,6; с друзьями – у ВПН 26,4 и ВНН – 26,4. При этом, количество конфликтных дней при общении в течение последнего месяца составило: с партнерами – у ВПН 11,2 и ВНН – 9,2; с родственниками – у ВПН 14,9 и ВНН – 12,7; с друзьями – у ВПН 11,3 и ВНН – 9,9. Уровень конфликтных отношений НЗП составил: с партнерами – у ВПН 46,3 и ВНН – 40,1; с

родственниками – у ВПН 60,8 и ВНН – 53,4; с друзьями – у ВПН 45,7 и ВНН – 40,9.

Показатели занятости чрезвычайно важны для оценки результатов лечения. Так, в течение последнего месяца количество дней оплачиваемой работы составило, в среднем, у ВПН – 8,1; ВНН – 7,6; количество пропущенных дней (отсутствие на работе без причины или по болезни) у ВПН – 2,4; ВНН – 1,8; количество дней в качестве безработного у ВПН – 18,4; ВНН – 17,0.

Одним из основных критериев эффективности оказания медицинской и социальной помощи НЗП является снижение их криминальной активности. Оценке подлежат правонарушения, связанные с распространением наркотиков, в том числе с целью получения средств для приобретения ПАВ. Значимым оказывается снижение числа инцидентов, имеющих связь с наркопотреблением и имущественными преступлениями, преступлениями с применением насилия, мошенничеством. Частота преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (торговля, распространение) в течение последнего месяца составила у ВПН 0,68 случаев, у ВНН – 0,85; имущественных преступлений (взлом, грабеж, кража) – 0,9 случаев у ВПН и 0,67 у ВНН; преступлений с применением насилия (разбой) – 0,08 случаев у ВПН и 0,05 у ВНН; случаев мошенничества – 0,92 у ВПН и 0,37 у ВНН.

Для оценки результатов лечения определенное значение имеют улучшение уровня социального функционирования, нормализация социального статуса, снижение количества случаев стигматизации и дискриминации, связанных с наркотизацией и ВИЧ-статусом. Страх подвергнуться дискриминации в течение последнего месяца ВПН испытывали в среднем 6,75 раз, ВНН – 2,9; стигматизацию в связи с болезнью: ВПН – 6,1 раз, ВНН – 3,2. За последний месяц число дней жизни за гранью общепринятых социальных норм (плохое питание, материальная обеспеченность) у ВПН составило в среднем 4,5 дней, у ВНН – 2,2. Серьезные жизненные потрясения и кризисы в течение последнего месяца

ВПН испытывали в среднем 4,4 раза, ВНН – 3; отсутствие социальной стабильности, семейной и общественной поддержки ВПН ощущали 5,1 раз, ВНН – 4,8.

Значимой характеристикой терапевтического результата выступает ослабление тяжести симптомов заболевания, улучшение общего и психического состояния здоровья НЗП, снижение риска вероятности рецидива. При этом оценивается уменьшение количества жалоб связанных с наркотизацией на момент обследования, состояние физического и психического здоровья, лечение имеющихся соматических осложнений, улучшение психического состояния в целом. Общее количество жалоб на момент обследования у ВПН находилось в пределах 2-37, в среднем, 16,4; у ВНН – от 2 до 36 (в среднем 11.6). Наиболее частыми жалобами у ВПН и ВНН были усталость, утрата энергичности, слабость, плохой аппетит, снижение веса тела, беспокойный сон, повышенная температура, потливость по ночам и проблемы с зубами. Кроме того, у ВПН по сравнению с ВНН чаще наблюдались легкая кровоточивость, нарушение зрения и порезы, с накладыванием швов. В течение последнего месяца количество физических симптомов у ВПН находилось в диапазоне 3-56 (в среднем 22,7), у ВНН – от 0 до 48 (в среднем, 16). Среднее значение показателя тревоги по Госпитальной шкале тревоги и депрессии у ВПН составило 11,7 баллов, у ВНН – 8,3 баллов. Среднее значение показателя депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии у ВПН составило 11,2 баллов, у ВНН – 7,4 балла. Доминирующими переживаниями у ВПН были клинически выраженные тревожные и депрессивные, у ВНН – субклиническая тревога.

Таким образом, современные подходы к оценке результатов лечения потребителей наркотиков основаны на анализе клинических и социальных параметров функционирования пациентов с опийной зависимостью. Возможность многомерной оценки КАПИН позволяет определять выраженность медицинских и социальных проблем НЗП и целенаправленно планировать лечебно-реабилитационные мероприятия, а также осуществлять

направленное, сбалансированное медикаментозное и психосоциальное воздействие, добиться оптимизации лечения, проводить мониторинг с оценкой эффективности медико-социальной помощи и обеспечить возможность проведения сравнительного анализа результатов различных моделей лечения и реабилитации.

Заключение. Эффективность амбулаторного и стационарного этапов лечения НЗП определяется количественными показателями их медико-социального статуса, включающего клинический (интенсивность характер наркотизации; психическое и соматическое состояние; последствия злоупотребления ПАВ) и социальный (частота рискованных форм поведения; социальное функционирование – занятость, конфликтность, дискриминация, стигматизация; противоправная активность) критерии оценки с учетом длительности воздержания от употребления наркотических веществ и уровнем их дезадаптации.

РОЛЬ ЭВТАНАЗИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Сытый А.А., Ракович Д.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Одной из важнейшей и наиболее обсуждаемой проблемой биоэтики в средствах массовой информации является эвтаназия. В обществе и среди студентов-медиков отношение к эвтаназии неоднозначно: от категоричного неприятия как активной, так и пассивной её формы, до признания правомерности проведения её медиками. Несомненно, медико-социальный аспект данной проблемы и моральные установки будущих медицинских работников имеют большое значение.

Цель исследования: изучение приоритетных медико-социальных аспектов отношения студентов медицинского университета к проблеме эвтаназии и оценка медико-социальных причин её существования.