

Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С

ЛИТВИНЦЕВ С.В.

БАРКОВ Д.А.

СОЛОВЬЕВ Е.Ю.

КОЛОТИЛИН М.Г.

д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе Национального научного центра наркологии МЗ РФ

к.м.н., гл. врач Московского областного наркологического диспансера МЗ МО

гл. врач Подольского наркологического диспансера, гл. внештатный нарколог 2 мед. округа МО

врач психиатр-нарколог, зав. отделением Московского областного наркологического диспансера МЗ МО

Современное состояние проблемы злоупотребления наркотиками в обществе требует развития нормативов функционирования и изменения качества жизни пациентов в процессе лечения и новых инструментов для оценки здоровья наркозависимых пациентов с общегуманитарных позиций и одновременной оценки качества работы медицинских служб. Подчеркивается, что в настоящее время понимание лечащими врачами наркологами адаптивных возможностей и реабилитационных потребностей пациента не удовлетворяет эффективному решению современных задач наркологии и уровню оказания медицинской помощи населению. В связи с этим поднимается проблема адекватных критериев объективной и полной оценки состояния здоровья наркологических больных с коморбидными осложнениями, такими как ВИЧ-инфекция и инфекционные гепатиты, снижающими адаптивные резервы и представляющими дополнительную серьезную угрозу жизнеобеспечения для больных с наркозависимостью.

Злоупотребление наркотиками относится к той проблеме общества, где разрешение даже частных вопросов становится актуальным делом и определяет возможность уровня оценки социального существования. По официальным статистическим данным в Российской Федерации злоупотребление наркотиками в настоящее время приобрело характер эпидемии. Распространенность наркоманий достигла глобальных масштабов и затрагивает все основополагающие общественные устои, начиная от экономических и медицинских и заканчивая правовыми, социальными, общественно-воспитательными и жизнесохраняющими основами. При этом надо обратить внимание, что возникающая наркотическая зависимость обладает высокой степенью контагиозности, влечет тяжелые инфекционные заболевания, какими являются ВИЧ-инфекции, гепатиты В и С. Опасность их столь высока, что ставит зависимость от наркотиков в ряд катастрофических заболеваний, угрожающих жизнесохранению населения страны.

В 1948 году Всемирная организация здравоохранения определила «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия», а не только как отсутствие болезни или неспособности» [1]. Следовательно, понимание «здоровья» связано не только и даже не столько с кругом медицинских воздействий на индивида, а с таким уровнем его индивидуально-психологического самочувствия, когда человек, даже формально зарегистрированный по медико-социальным критериям как «выходящий из параметров нормы», т.е. больной, субъективно-психологически не переживает это как состояние, выбрасывающее его из интерперсональных отношений здоровых людей. Даже принимая лечение лекарственными препаратами, он не тяготится последствиями и сохраняет уровень адаптации, свойственный здоровому человеку, так как может удовлетворять если не весь, то, по крайней мере, значительный спектр своих потребностей, свойственных людям, относимым к разряду «здоровых».

Поэтому концентрация внимания медиков на отдельной болезни и её симптомах отходит от общегуманистических позиций оценки пациента как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Отход от этого знаменует принципиально новое направление в оценке состояния здоровья населения. В этих условиях появляется новая парадигма эффективности оказания медицинской помощи — переход к интенсивному поиску и разработке новых измерителей состояния здоровья населения в зависимости от его маргинальных показателей в форме уровня заболеваемости и смертности к жизнесохраняющим категориям. Таким измерителем в значительной степени является дефицит оценки *качества жизни* (КЖ) или, как определяет ВОЗ, «благополучия человеческого бытия», предложенный Римским клубом в 70-х годах [1]. Эта характеристика может являться эталонной результативности медицинских вмешательств в клинических и эпидемиологических исследованиях. Такой подход нашел достаточно широкий отклик у медицин-

ских исследователей и врачей-практиков, но реализовался он в начальной стадии в соответствии с существующим в медицине порядком, определяемым классификацией болезни по нозологическим единицам. Поэтому первые работы шли в контексте попыток отыскать показатели сохранения достаточного уровня КЖ в соответствии с лечебными воздействиями на конкретное заболевание уже отработанными средствами лекарственной терапии. В этом плане только в отношении больных гипертензией за 1977–1990 г.г. опубликовано более 200 статей [1]. Другой аспект в реализации показателя эффективности медицинских воздействий на больного через парадигму «КЖ» был подхвачен исследователями, занимающимися клиническими испытаниями новых лекарственных препаратов и методов лечения [3]. Ими развиваются и устанавливаются нормативы функционирования и изменения качества жизни в процессе лечения. Это направление показательно тем, что позволяет предлагать спектр препаратов не только специфического воздействия на нозологически определенные заболевания, но и значительно расширять спектр лекарственных препаратов, которые позволяют пациентам освободиться от болезни или в большей степени уменьшать признаки заболевания. Но главное, что пациенты осознанно регистрируют улучшение их качества жизни.

Следующий шаг в интерпретации перехода от маргинальной оценки здоровья человека в связке «заболеваемость — смертность» к гуманистической оценки здоровья как «КЖ», состоит в изменении формальных действий администрации органов здравоохранения. Последние получают инструмент для адекватной оценки качества работы медицинских служб согласно потребностям человека, что делает более доказательными принципы принятия тех или иных решений и прозрачными финансовые потоки на нужды здравоохранения как в амбулаторной, так и в стационарной службе при условиях значительного ограничения финансовых ресурсов.

Переход к оценке медицинской помощи в показателях «КЖ» приобретает чрезвычайно значимый признак в современных условиях Российской Федерации. Страна находится в состоянии остро выраженной аномалии. Эмиль Дюркгейм (1895 г.) понимал под аномалией состояние общества, при котором нет четкой регуляции поведения индивидов, а есть моральный вакуум, когда прежние нормы и ценности уже не соответствуют новым отношениям, а новые еще не сложились [2, 4]. Это определение Дюркгейма как будто взято с точной картинкой сегодняшней России.

Чрезвычайно быстрые и глубокие перемены серьезно затрагивают, а подчас и перемалывают основные сферы жизнедеятельности российского общества, преобразуя реальные процессы жизни и положение всех социальных слоев. Они становятся благодатной почвой для небывалого прежде размаха самых разнообразных девиаций поведения, среди которых своим стремительным ростом выделяются наркомании. Быстрый социальный сдвиг, независимо от его направления, всегда приводит к росту явлений девиантного поведения, в том числе к наркотизации обще-

ства и, как следствие, росту его инвазивных последствий в форме основных социально-значимых заболеваний: ВИЧ, гепатитов. Это ведет к необычайным эффектам, что особенно ярко прослеживается в области девиантности и особенно аддиктивных поведенческих расстройств, которые лежат в основе наркотической зависимости.

Возникновение наркотической зависимости во многих случаях относят к состояниям вторичного свойства, часто сосуществующим как коморбидные. Их воздействие на субъективные факторы оценки КЖ могут приобретать ведущее значение. Стремительные изменения в социальной действительности ведут к тому, что выработанные прежде навыки и нормы в той или иной мере теряют эффективность. Феномен девальвации навыков носит универсальный характер, затрагивает различные виды и уровни деятельности. Особенно далеко идущие последствия снижения данных навыков вызывают обострение всех явлений девиантного поведения. Это означает существенное повышение внутренней готовности человека к изменению модели (моделей) своего реагирования на изменения факторов внешней среды, к которым было выработано достаточно адаптивное поведение. Один из аспектов такого реагирования заключается в готовности принятия согласительной реакции на употребление наркотических препаратов в условиях, когда злоупотребление алкоголем превысило барьер нормативных правил ограничительного поведения и достигло уровня обычного ответа в рамках новой модели адаптации. Происходит забвение невидимой грани между умеренностью и злоупотреблением, что ведет, в конечном счете, к увеличению жертв наркотической зависимости.

Поэтому факторы шкал, определяющих КЖ, исходя из нозологических установок, ответов на лекарственную полипрагмазию и административное бесплатное обеспечение медицинской помощи, попадают в так называемое «белое поле» отсутствующих навыков модели поведения. «Белое поле» включает в себя неприменимые понятийные категории, которые определяют насыщенность КЖ, имеющие точечные пропуски психологических запросов, в связи с чем получают расплывчатые участки отсутствующей информации, что затрудняет оценку КЖ.

Оценка КЖ включает в себя те категории субъективных переживаний, которые несут на себе эти происходящие изменения и попадают в так называемые «белые точки» шкал КЖ разработанных ранее. «Белые точки» — тезисные, парциальные части по отдельным потребностям КЖ, которые составляют «белое поле». Их характеристики могут меняться не только в количественном «весовом рейтинге» значении, но и в ином качественном значении, принципиально меняя все прежде достигнутые утверждения о научно достоверном эффекте проводимой терапии определенных нозологических состояний.

Отмечаемое развитие происходящих изменений оценки КЖ требует квалификационных перемен в выработанных шкалах КЖ и несет в себе необходимость определения новых оценок.

Несомненно, стоит согласиться с авторами «Опросника качества жизни в психиатрической практике» версии ВОЗ г. Санкт-Петербург 1998 г. утверждающими, что «понимание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента является явно не достаточным и требует дополнительных инструментов». Работы в этом направлении позволили в настоящее время приобрести более 60 инструментов, измеряющих различные аспекты, связанные со здоровьем качеством жизни [1]. Распределились они весьма электично и больше отражают потребно-

сти проведения психотерапевтических воздействий. В частности, это оценки жизненного благополучия в целом, и общего состояния здоровья индивида. Так, в работе H.U. Wittchen, M. Fuetsch et.al. [5], изучавших снижение функциональных возможностей и КЖ при социальной фобии с сопутствующими заболеваниями и без них, проводилась сравнительная характеристика «здоровых» и «больных». Диагноз устанавливался в соответствии с критериями, изложенными в DSM-IV. Полученные результаты сравнивались с данными исследования лиц контрольной группы, у которых не было никаких признаков социальной фобии, все они страдали инфекционными заболеваниями герпетического происхождения. Продолжительность социальной фобии в среднем составляла 22,9 года, заболевание начиналось в детском или подростковом возрасте. Качество текущей жизни оценивалось по SF — 36 5,6, которое значимо снизилось во всех группах лиц с социальной фобией, особенно по шкалам, оценивающим жизненную способность, общее состояние здоровья, психическое здоровье, ролевые ограничения, обусловленные эмоциональным здоровьем, а также социальное функционирование. В группе лиц с социальной фобией в сочетании с сопутствующим расстройством отмечалось более выраженное снижение всех показателей, чем в группах лиц только с социальной фобией и субклиническими проявлениями герпетических расстройств. Данные, полученные по шкале Liebowitz, оценивающей степень снижения уровня продуктивной деятельности, и которую пациенты заполняли самостоятельно, показали, что наличие сопутствующих заболеваний в момент исследования или в прошлом, увеличивает частоту нарушений, характерных для основного заболевания. Это выражалось в увеличении количества случаев потери работы, возросло количество пропущенных рабочих часов, снижалась производительность труда [5].

Таким образом, утверждается положение, что наличие основного заболевания позволяет человеку выработать адаптивные механизмы, позволяющие ему сохранять относительно устойчивый уровень КЖ, но присоединение коморбидных расстройств нарушает сложившийся стереотип и снижает уровень КЖ.

В соответствии с этим нами проводится исследование КЖ лиц с наркотической зависимостью, у которых развились коморбидные расстройства, сами по себе являющиеся серьезной угрозой жизнеобеспечения вплоть до смертельного исхода. Таковыми, наиболее частыми спутниками наркотической зависимости являются ВИЧ и вирусные гепатиты.

Список литературы

1. Опросник качества жизни Версия ВОЗ в психиатрической практике/ Под ред. проф. Кабанова М.М. — СПб, 1998.
2. Пятницкий Н.Ю. Социальная и клиническая психиатрия. — М., 2000. — № 3. — С. 83—85.
3. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. — М., 1994. — Т.2. — 172 с.
4. E. Durkheim Le suicide etude de sociologie Paris al.can., 1895.
5. H.U. Wittchen, M. Fuetsch et.al. Снижение функциональных возможностей и качества жизни при социальной фобии с сопутствующими заболеваниями и без них// European psychiatric. — 1999. — № 14. — P. 118—131.
6. J.E.Ware, K.K.Snow, M.Kosinski et.al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. — New England Medical Centre, MA, USA, 1993.

LIFE QUALITY

LITVINCEV S.V.
BARKOV D.A.
SOLOVIEV E.YU.
KOLOTILIN M.G.

The present state of drug abusing and drug dependence (early invalidity, high mortality, often recidivism) problems demand elaboration of new instruments and criterions for objective determinate the health and life quality of alcohol and drug addicted patients, particularly of the patients with concomitant infection illness as human HIV and hepatic viral diseases (B and/or C). This criterions may be use for qualification of effectiveness of public health serviced as well in personality cabinet as in state medical establishments.