

УДК 616.98:578.828]-056.83-036-092.17 (476-25)

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ г. МИНСКА

М.А.Шилова, М.Л.Доценко, И.Н.Вальчук

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Анализ показателей качества жизни (КЖ) – неотъемлемый компонент оценки оказания медицинской помощи при различных заболеваниях и патологических состояниях. ВИЧ-инфицированные наркопотребители, как правило, не только имеют ряд заболеваний, но и подвержены социальному давлению в обществе и стигматизации, что также может влиять на качество их жизни. Для анализа КЖ ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в г. Минске было проведено анонимное анкетирование с использованием стандартного опросника для оценки качества жизни пациентов SF-36. Анализируемые группы (исследуемая – ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков, принимающие опиоидную заместительную терапию ($n_1=83$) и контрольная – ВИЧ-инфицированные наркопотребители, не состоящие в программе заместительной терапии ($n_2=128$)) были сопоставимы по полу, уровню образования, семейному положению и наличию официального трудоустройства ($p>0,05$). Установлено, что респонденты контрольной группы имеют достоверно более высокие показатели физического компонента здоровья ($p<0,05$). По показателю психологического компонента здоровья в исследуемой и контрольной группах достоверных различий не наблюдалось ($p>0,05$). Выявленные достоверные различия по возрасту респондентов в сравниваемых группах ($U=4080$, $p<0,05$; $Me=38$ (30–40) лет – в исследуемой группе, $Me=35$ (31–40) лет – в контрольной группе) не оказывают влияние на уровни показателей КЖ ($p<0,05$).

Ключевые слова: потребители инъекционных наркотиков (ПИИ); лица, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИИ); наркопотребители; ВИЧ-инфекция; опросник SF-36; анкетирование.

Введение. В последние годы изучение качества жизни (КЖ) пациентов с различными заболеваниями становится особенно актуальным. Концепция лечения, при которой на первый план выходит оценка достигнутых результатов с точки зрения пациента, является все более популярной среди медицинских работников во многих странах мира. Подобная позиция позволяет рационально планировать лечебные, диагностические и профилактические мероприятия, исходя из интересов и ожиданий пациента, достигая максимально выраженного объективного и субъективного результата [1–4]. Не случайно, согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [5].

ВИЧ-инфекция – первично-хроническое заболевание, которое сопровождается рядом психосоциальных проблем, стигмой и дискриминацией со стороны общества, а иногда и медицинских работников [6, 7]. С другой стороны, многие наркопотребители, в том числе, в течение длительного времени находящиеся в состоянии ремиссии, так-

же испытывают на себе давление социума, проявляющееся при трудоустройстве, в отношениях с родными и близкими [8, 9]. По данным ВОЗ, самая высокая степень стигматизации и социального осуждения характерна для наркомании [8]. ВИЧ-инфицированные потребители опиоидных наркотиков не только имеют ряд проблем медицинского характера, но и подвергаются двойной стигматизации, что не может не отразиться на качестве их жизни [7, 10].

Материалы и методы. Для оценки КЖ ВИЧ-позитивных лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИИ), использовался метод анонимного анкетирования. В анкетировании принимали участие ВИЧ-инфицированные ЛУИИ, являющиеся (исследуемая группа, $n_1=83$) либо не являющиеся (контрольная группа, $n_2=128$) участниками программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Анкетирование проводилось на добровольной анонимной основе в присутствии исследователя и/или проинструктированного врача-психиатра-нарколога. В перечень вопросов были включены общие вопросы и стандартные вопросы для оценки КЖ опросника SF-36 [11–13].

Для составления баз данных и их статистической обработки применялись стандартные пакеты статистических программ Microsoft Excel 10, STATISTICA 10. При анализе данных были применены описательно-оценочные, аналитические и статистические методы исследования.

Проверку нормальности распределения данных производили с использованием критерия Шапиро-Уилка. Критический уровень значимости составлял 0,05 (5%). Описательная статистика представлена медианными значениями показателей с рассчитанными 25%–75% квантилями (Ме (Q25%–Q75%)).

Оценку различий между независимыми выборками по количественным признакам проводили с помощью расчета U-критерия Манна-Уитни. Для выявления достоверности выявленных связей между качественными признаками рассчитывали критерий согласия «хи-квадрат», точечный критерий Фишера. Критический уровень значимости принимался за 0,05 (5%) [14]. Доверительные интервалы к показателям удельного веса рассчитывались методом Клоппера-Пирсона [15].

Результаты. По результатам анкетирования установлено, что доля мужчин в исследуемой и контрольной группах достоверно не отличалась и составила 68,67% (CI 57,56–78,41%, $p < 0,05$) и 64,06% (CI 55,11–72,35%, $p < 0,05$), что достоверно превышает удельный вес женщин в этих группах (31,33% (CI 21,59–42,44%, $p < 0,05$) и 35,94% (CI 27,65–44,89%, $p < 0,05$)) и соответствует половой структуре наркопотребителей в г. Минске.

Выявлены достоверные различия в возрастной структуре между исследуемой и контрольной группами ($U=4080,00$, $p < 0,00$). Медианный показатель по возрасту респондентов в исследуемой группе составил 38 (30–40) лет, а в контрольной – 35 (31–40) лет. Удельный вес лиц в возрасте 36–40 лет, находящихся на ОЗТ, составил 48,19%

(CI 37,08–59,44%, $p < 0,05$), а в контрольной группе доля респондентов данного возраста не превысила 30,00% (27,34% (CI 19,84–35,92%, $p < 0,05$)) (табл.).

Возраст респондентов из исследуемой и контрольной групп достоверно различается ($p < 0,05$): в среднем респонденты исследуемой группы старше респондентов из контрольной группы на 3 года.

Удельный вес респондентов со средним образованием как в исследуемой, так и в контрольной группах был наибольшим: их доля составила 51,81% (CI 40,56–62,92%, $p < 0,05$) и 42,19% (CI 33,51–51,23%, $p < 0,05$) соответственно и не имела достоверных различий в сравниваемых группах ($p > 0,05$). Среднее специальное образование имели 32,53% (CI 22,65–43,70%, $p < 0,05$) в исследуемой группе и 37,50% (CI 29,10–46,49%, $p < 0,05$) – в контрольной. Доли лиц с базовым и высшим образованием в группах были невысокими: в исследуемой группе – 8,43% (CI 3,46–16,61%, $p < 0,05$) и 7,23% (CI 2,70–15,07%, $p < 0,05$), в контрольной – 14,06% (CI 8,55–21,31%, $p < 0,05$), и 6,25% (CI 2,74–11,94%, $p < 0,05$) и достоверно не отличались в сравниваемых группах ($p > 0,05$).

Большинство респондентов являлись холостыми/незамужними: 69,88% (CI 58,82–79,47%, $p < 0,05$) – в исследуемой и 64,84% (CI 55,91–73,07%, $p < 0,05$) – в контрольной группе.

О наличии стабильного заработка сообщили 48,19% (CI 37,08–59,44%, $p < 0,05$) респондентов в исследуемой группе и 39,84% (CI 31,30–48,87%, $p < 0,05$) – в контрольной. Наличие эпизодических заработков отметили 12,05% (CI 5,93–21,04%, $p < 0,05$) в исследуемой группе и 15,63% (CI 9,81–23,09%, $p < 0,05$) респондентов контрольной группы. Более трети респондентов исследуемой и контрольной групп были не трудоустроенными – 39,76% (CI 29,17–51,10%, $p < 0,05$) и 44,53% (CI 35,75–53,57%, $p < 0,05$) соответственно.

Таблица

Возрастная структура респондентов из исследуемой и контрольной групп

| Возраст | Исследуемая группа | | | | Контрольная группа | | | |
|----------|--------------------|-------|---------------|---------------|--------------------|-------|---------------|---------------|
| | Абс. | % | ДИ 95% min | ДИ 95% max | Абс. | % | ДИ 95% min | ДИ 95% max |
| 0-15 | 0 | 0,00 | 0 | 4,35 | 0 | 0,00 | 0 | 2,84 |
| 16-20 | 0 | 0,00 | 0 | 4,35 | 0 | 0,00 | 0 | 2,84 |
| 21-25 | 1 | 1,20 | 0,03 | 6,53 | 7 | 5,47 | 2,23 | 10,94 |
| 26-30 | 5 | 6,02 | 1,98 | 13,5 | 23 | 17,97 | 11,74 | 25,73 |
| 31-35 | 17 | 20,48 | 12,41 | 30,76 | 37 | 28,91 | 21,24 | 37,58 |
| 36-40 | 40 | 48,19 | 37,08 | 59,44 | 35 | 27,34 | 19,84 | 35,92 |
| 41 и ст. | 20 | 24,10 | 15,38 | 34,73 | 26 | 20,31 | 13,72 | 28,33 |
| Всего | 83 | 100 | - | - | 128 | 100 | - | - |

По числу лет жизни с ВИЧ в исследуемой и контрольной группах имелись достоверные различия ($U=3196,50$, $p<0,05$; $Me=6$ (4–12) лет в исследуемой группе; $Me=4$ (3–6) года – в контрольной группе), что свидетельствует о более длительном среднем стаже инфицирования ВИЧ респондентов исследуемой группы в сравнении с респондентами из контрольной группы на момент проведения анкетирования (в среднем на 2 года).

При анализе данных из заполненных респондентами анкет опросника SF-36 установлено, что по трем показателям физического компонента здоровья респондентов, а именно: по показателям физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, а также общего состояния здоровья, достоверных различий в исследуемой и контрольной группах не наблюдалось ($p>0,05$). Однако, были выявлены достоверные различия в значениях показателя интенсивности боли в сравниваемых группах ($U=4326,50$, $p<0,05$). Медианные показатели интенсивности боли в исследуемой и контрольной группах составили 41(31–62) и 51 (41–84) соответственно.

Распределение показателей физического компонента здоровья в исследуемой и контрольной группах указывало на наличие достоверных раз-

личий между сравниваемыми группами ($U=4452,50$, $p<0,05$). Медианный показатель физического компонента здоровья в исследуемой группе составил 40,19 (34,76–46,35), а в контрольной – 42,81 (35,53–51,53) (рис. 1, 2).

Показатели жизненной активности, социального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, показатель психического здоровья являются показателями психологического компонента здоровья респондентов [11]. Анализ психологического компонента здоровья опрошенных показал наличие достоверных различий в сравниваемых группах по показателю жизненной активности ($U=3983,50$, $p<0,01$). Медианное значение данного показателя в исследуемой группе составило 40 (30–55), а в контрольной – 50 (40–65). Значения показателей социального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, и показателя психического здоровья в сравниваемых группах достоверно не отличались ($p>0,05$).

Несмотря на выявленные различия по показателям жизненной активности в исследуемой и контрольной группах, значения психологического компонента здоровья в сравниваемых группах достоверно не отличались ($p>0,05$).

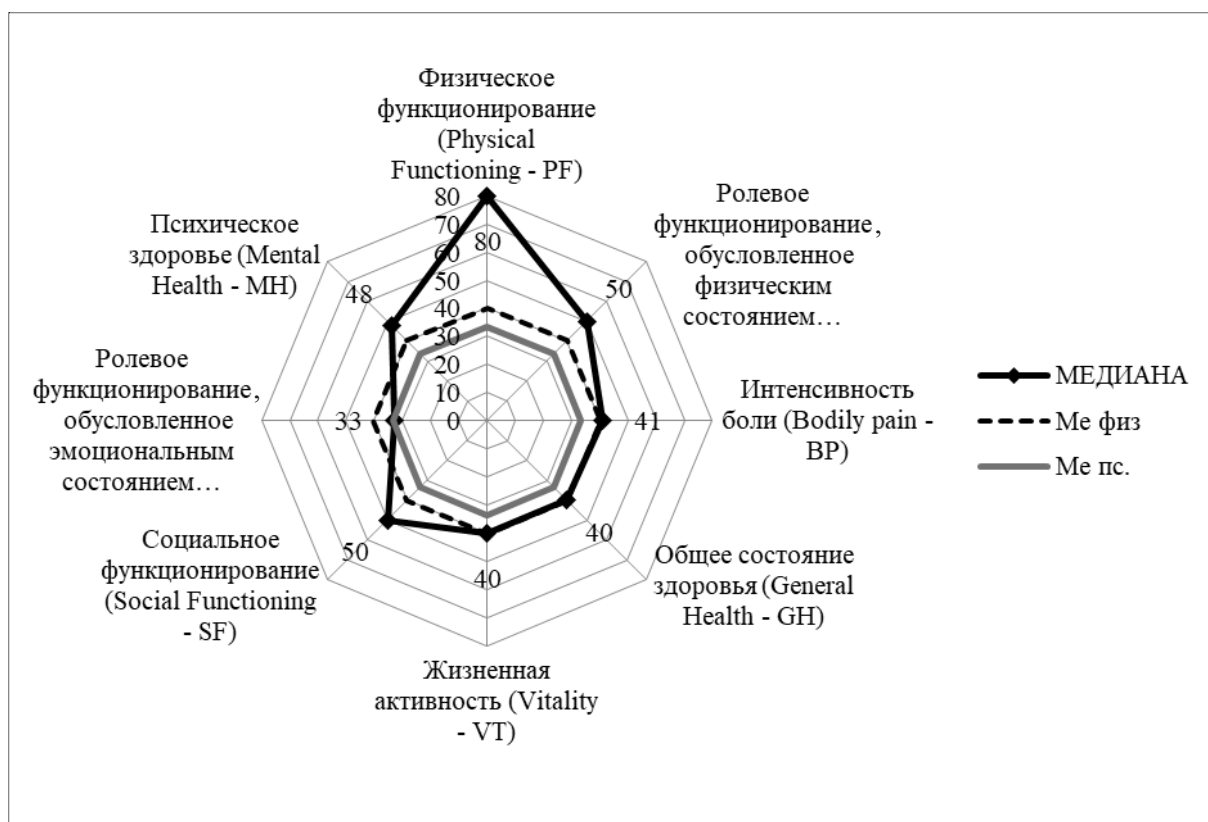


Рис. 1. Результаты оценки показателей КЖ по опроснику SF-36 в группе ВИЧ-инфицированных ЛУИН, принимающих ОЗТ в г. Минске (исследуемая группа)

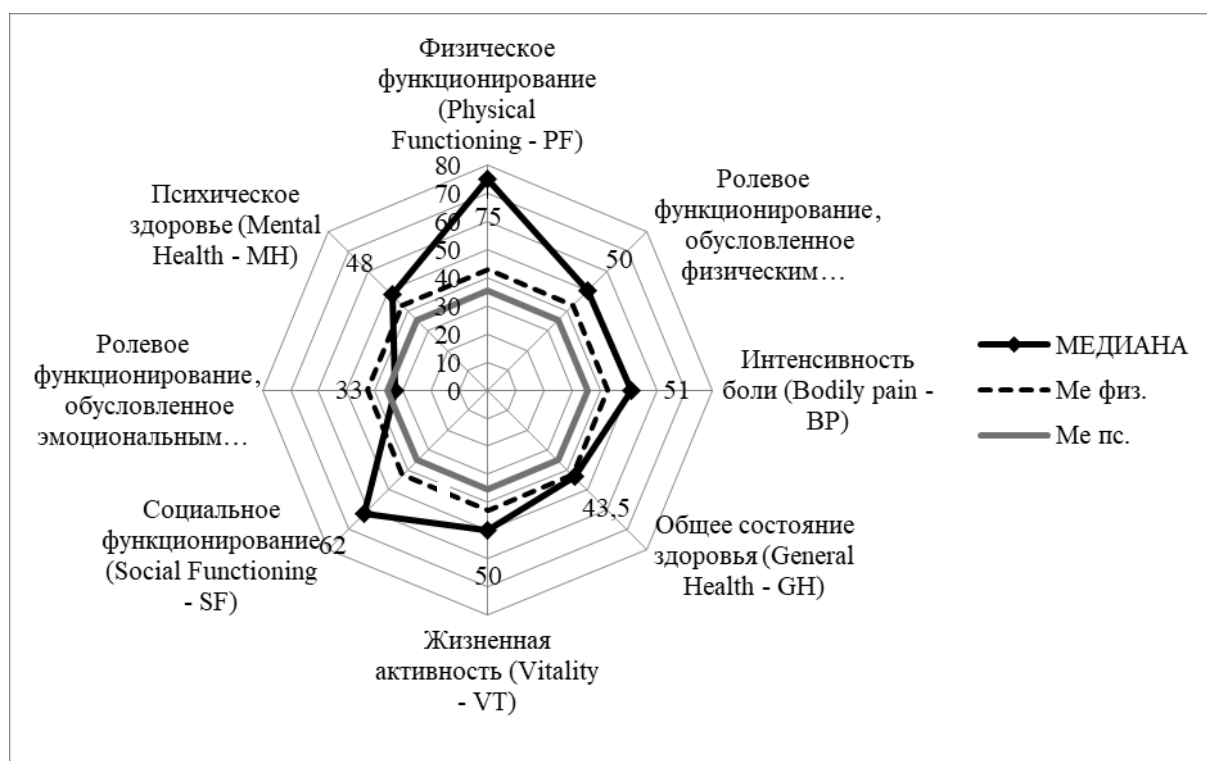


Рис. 2. Результаты оценки показателей КЖ по опроснику SF-36 в группе ВИЧ-инфицированных ЛУИН, не являющихся участниками программы ОЗТ в г. Минске (контрольная группа)

Выявленные достоверные различия по возрасту среди опрошенных из исследуемой и контрольной групп не оказывали влияния на уровни показателей КЖ респондентов ($p < 0,05$).

Заключение. На момент проведения анкетирования в среднем респонденты из исследуемой группы инфицированы ВИЧ на 2 года раньше в сравнении с респондентами из контрольной группы.

Выявлены достоверные различия по показателю интенсивности боли ($U=4326,50$, $p < 0,05$) и жизненной активности ($U=3983,50$, $p < 0,01$) в исследуемой и контрольной группах. В среднем, респонденты контрольной группы имеют достоверно более высокие показатели физического компонента здоровья в сравнении с респондентами исследуемой группы ($p < 0,05$).

Установлено, что среди респондентов сравниваемых групп имеются достоверные различия по возрасту ($U=4080$, $p < 0,05$), однако они не оказывают влияния на значения показателей КЖ опрошенных ($p < 0,05$).

Литература

1. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease / A.J.McSweeney [et al.] // Arch. Intern. Med. – 1982. – Vol.142. – P.473–478.
2. Elkinton, J. Medicine and the quality of life / J.Elkinton // Annals bit. Med. – 1966. – Vol.63. – P.711–714.

3. Edlund, M. Quality of life: an ideological critique / M.Edlund, L.R.Tancredi // Perspectives in Biology and Medicine. – 1985. – Vol.28. – P.591–607.
4. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С.36–48.
5. What is it Quality of life? / The WHOQOL Group // World Health Forum. – 1996. – Vol.17, No.4. – P.354–356.
6. Сообщества в центре внимания. Ответные меры на распространение ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии. Обновление Global AIDS от 2019 г. / Geneva: UNAIDS, 2019. – 64 с.
7. Integrated opioid substitution therapy and HIV care: a qualitative systematic review and synthesis of client and provider experiences / A.Guise [et al.] // AIDS Care. – 2017. – Vol.29, No.9. – P.1119–1128.
8. The Gap Report 2014. People who inject drugs [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05_Peoplewhoinjectdrugs.pdf. – Date of access: 25.03.2021.
9. Report of the International Narcotics Control Board for 2017. – Vienna: United Nations, 2018. – 91 p.
10. Турсунов, Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2013. – №1. – С.138–148.

11. Hays, R.D. User's manual for the medical outcomes study (MOS) core: measures of health-related quality of life / Ron D. Hays, Cathy Donald Sherbourne, Rebecca M. Mazel // Library of Congress Cataloging in Publication Data. – 1995. – 172 p.
12. Quality of life assessment in clinical trials / M. Staquet [et al.] // New York: Oxford University Press, 1998. – 360 p.
13. Использование опросника SF-36 в оценке качества жизни у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией / Н.А.Шостак [и др.] // Клиницист. – 2017. – Т.11, №3. – С.44–49.
14. Теория статистики: учебник / под ред. проф. Г.Л.Громыко. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2012. – 476 с.
15. Гржибовский, А.М. Доверительные интервалы для частот и долей / А.М.Гржибовский // Экология человека. – 2008. – №5. – С.57-60.

QUALITY OF LIFE OF HIV-INFECTED INJECTING DRUG USERS IN MINSK

M.A.Shylava, M.L.Dotsenko, I.N.Valchuk

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Quality of life (QOL) indicators analysis is an integral component of assessment of medical care provision in various diseases and pathological conditions. HIV-infected drug users usually have a lot of diseases, but they are also subject to social pressure and stigmatization in society, also affecting their QOL. An anonymous survey was conducted with standard questionnaire SF-36 use to assess the QOL of HIV-infected injecting drug users (IDU) in Minsk. Analyzed groups (study group consists of HIV-positive IDU, taking opioid substitution therapy ($n_1=83$) and control group includes HIV-infected drug

users, who are not a substitution therapy program members ($n_2=128$)) were comparable in terms of gender, education level, marital status and presence of official employment ($p>0.05$). It was established that control group respondents have significantly higher indicators of the physical health component ($p<0.05$). There were no significant differences in terms of the psychological health component among the study and control groups ($p>0.05$). Revealed significant differences in respondents age in the compared groups ($U=4080$, $p<0.05$; $Me=38$ (30-40) years in the study group, $Me=35$ (31-40) years in the control group) does not have an impact on the QOL indicators ($p<0.05$).

Keywords: injecting drug users (IDU); people who inject drugs (PWID); drug users; HIV infection; SF-36 questionnaire; survey.

Сведения об авторах:

Шилова Маргарита Александровна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра эпидемиологии, старший преподаватель; тел. (+37529) 7605545; e-mail: makluk.sasha@gmail.com.

Доценко Марина Леонидовна, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра инфекционных болезней; тел. (+37529) 7117250; e-mail: mar_dots@mail.ru.

Вальчук Ирина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой эпидемиологии; тел. (+37529) 6405582; e-mail: irina.valchuk@tut.by.

Поступила 30.03.2021 г.