

И.М. Улюкин¹, В.Н. Болехан¹,
Ю.А. Даринский², А.Б. Шангин¹

Оценка важности различных аспектов качества жизни больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены результаты изучения важности различных аспектов качества жизни в русской версии опросника «Качество жизни-100» 242 больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека в возрасте $28,5 \pm 2,1$ лет. Распределение пациентов по стадиям заболевания проведено согласно классификации Центра по контролю и предупреждению болезней (Соединенные Штаты Америки). Назначение антиретровирусной терапии проводилось в соответствии с общепринятыми рекомендациями. Достоверность различия между группами пациентов, получающих и не получающих терапию, выявлена при ответах на 75% вопросов опросника, в том числе в 70,83% случаев относительно стадии заболевания и в 29,17% – его длительности. В основном различие между группами выявлялось на стадии синдрома приобретенного иммунодефицита (76,47%) и при длительности заболевания более 7 лет (71,43%), что отражает прогрессирующее нарушение здоровья у больных, страдающих хроническим заболеванием с неблагоприятным прогнозом. При этом 96–99% больных на разных стадиях и при различной длительности болезни вне зависимости от получения антиретровирусной терапии оценивают значение различных аспектов своего качества жизни в диапазоне от «важно» до «предельно важно». В основном важность своего качества жизни считали ненужной больные, не получающие специфической терапии, что нашло свое отражение в количестве вопросов, на которые был дан ответ «не важно» (50% против 15,62% в группе получающих эту терапию). Таким образом, изучение вопросов важности различных аспектов качества жизни больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, позволяет оценить влияние антиретровирусной терапии на психосоматическое состояние пациентов в динамике заболевания и при необходимости провести соответствующую коррекцию (медикаментозную и/или психотерапевтическую).

Ключевые слова: вирус иммунодефицита человека, молодые люди, вопросы важности различных аспектов качества жизни, антиретровирусная терапия, психосоматическое состояние.

Введение. Известно, что заболеваемость инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией) во всем мире и в России имеет тенденцию к росту, особенно среди лиц молодого возраста, которых болезнь в течение нескольких лет приводит к инвалидности. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом меры, эта эпидемия еще не взята под контроль [5], хотя данной проблеме уделяется постоянное внимание [4].

Считается, что здоровье населения во многом определяется образом жизни конкретного человека, поэтому эффективная деятельность по охране и укреплению здоровья требует активного участия в ней самих граждан. Однако социально-экономические реформы, происходящие в России, породили социальную нестабильность, сопровождаемую разрушением устоявшихся норм и стереотипов, кризисом системы ценностей, обусловленным противоречивостью перехода от социоцентрической системы ценностей к персонцентрической, увеличением числа «степеней свободы» для самоопределения каждого конкретного индивида [11]. С другой стороны, психическое здоровье населения во многом определяет состояние

социального здоровья общества, существенно влияя на его интеллектуальный потенциал, экономическое благополучие, культурную и моральную атмосферу [6]. При этом отмечается, что здравоохранение само по себе уже не может устранить все причины психического нездоровья, так как «здоровье индивида является сложной производной от социальных условий жизни и работы (в том числе получаемых доходов), приобретенного образования, экологической ситуации, генетических факторов, возможности получения качественного медицинского обеспечения, индивидуальных особенностей и интересов» [3].

Известно, что «любая болезнь – это жизнь поврежденного организма при участии процессов, борющихся с повреждающим агентом» [16]. Поэтому в настоящее время важной научной тенденцией является поиск общих закономерностей реагирования человека на заболевание, универсальных понятий и категорий, описывающих широкий спектр событий и изменений в жизни больного, точных критериев, отражающих эти изменения.

Сформировавшаяся в мировой и отечественной науке биопсихосоциальная модель доказывает необ-

ходимость целостного изучения организма и личности больного человека в непрерывном единстве его биологических, психических и социальных компонентов [5, 19]. Концепция же качества жизни (КЖ) является одним из образцов прогрессивного методологического подхода, соединяющего как известные клинические принципы и идеи, так и новые взгляды и технологии здравоохранения [18].

Применительно к рассматриваемой модели в нашей стране считается, что КЖ больного – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [9]. Однако существующие научные сведения об особенностях личностного и семейного функционирования больных ВИЧ-инфекцией являются недостаточными для разработки комплексных программ психологической и социальной помощи данному контингенту.

В настоящее время при помощи специфической антиретровирусной терапии (АРВТ) появилась возможность увеличить ожидаемую продолжительность жизни больных ВИЧ-инфекцией до среднестатистических величин. Вместе с тем, необходимость пожизненного приема препаратов представляет огромную проблему для пациентов, врачей, организаторов здравоохранения и фармацевтической промышленности.

Поэтому, если говорить о реабилитации больных, в частности, с ВИЧ-инфекцией [8], то она должна строиться на основе психологических характеристик, отражающих КЖ больных в динамике заболевания и в зависимости от получения специфической терапии. Следовательно, для лечащего врача особое значение имеет знание важности различных аспектов жизни пациента в динамике заболевания. Однако на сегодняшний день эти вопросы в должной мере не изучены [14; 15].

Цель исследования. Определить важные вопросы КЖ больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 242 больных ВИЧ-инфекцией (119 мужчин и 123 женщины) в возрасте $28,4 \pm 1,5$ в русской версии методики «Всемирная организация здравоохранения – качество жизни-100» [2]. Считается, что ответы на эти вопросы определяют возможную значимость субсфер КЖ для пациента, а изменения в оценках важности этих параметров происходят в результате медико-психологических вмешательств, влияющих на КЖ пациента.

Распределение пациентов по стадиям болезни проведено в соответствии с классификацией Центра по контролю и предупреждению болезней (Соединенные Штаты Америки) [1]. Предполагаемая длительность заболевания ВИЧ-инфекцией составила у 40,5% – до 3 лет, у 37,19% – от 4 до 7 лет, и у 22,31% – более 7 лет. АРВТ назначалась больным в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [1, 10].

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [12]. В качестве контрольной группы (КГ) использовались аналогичные данные 437 практически здоровых лиц, сходных по полу, возрасту и уровню образования. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики [17].

Результаты и их обсуждение. Установлено, что 130 (53,72%) пациентов принадлежат к клинко-иммунологической категории (стадии) «А» (стадия начальных клинических проявлений заболевания / бессимптомная ВИЧ-инфекция, куда включают острую / первичную симптоматическую фазу ВИЧ-инфекции, и персистирующую генерализованную лимфаденопатию), 25,62% (62) – к стадии «В» (клинические проявления заболеваний, не включенных в категорию «С», но свидетельствующих о нарушении клеточного иммунного ответа), и 20,66% (50) – к стадии «С» (куда включают патологические состояния и заболевания, включенные в диагностические критерии синдрома приобретенного иммунодефицита / СПИДа).

В зависимости от получения или неполучения больными АРВТ при ответах на вопрос Imp.G.1 «Насколько важно для Вас общее КЖ?» выявлены достоверные ($p > 0,05$) различия. Так, в случае неполучения специфической терапии (1-я группа) в динамике заболевания повышается средний балл опросника, а в случае получения (2-я группа) – снижается.

В то же время по мере увеличения длительности ВИЧ-инфекции происходит недостоверное снижение показателей методики в обеих группах. Это обусловлено тем, что получающие АРВТ в основном имеют стаж болезни более 7 лет. Для больных же, не получающих терапию, переход в стадию синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) предвещает жизнь в новом качестве, а общее КЖ для них в первую очередь обусловлено плохим состоянием здоровья (что представляется важным с точки зрения содержания лечебно-профилактических мероприятий).

Данное положение подтверждается ответами на вопрос Imp.G.2. «Насколько важно для Вас Ваше здоровье?», в котором средние показатели опросника у получающих АРВТ во всех контрольных точках обследования выше, чем лиц КГ (у не получающих – только на начальных стадиях болезни при малой ее длительности). При этом показатели опросника на стадии СПИДа во второй группе достоверно ($p < 0,05$) ниже, так как в отсутствие специфической терапии здоровья, можно сказать, нет. Кроме того, в динамике заболевания снижается средний балл методики на вопрос о важности сексуальной жизни (вопрос Imp. 15.1),

значимость и возможность которой значительно ограничивается по мере ухудшения соматического состояния вне зависимости от получения АРВТ.

Другая сторона проблемы видна при анализе вопроса Imp. 1.1 «Насколько важно для Вас быть свободным от любой боли?». Если в случае получения больными АРВТ динамики показателей опросника по мере прогрессирования заболевания практически нет, то при ее отсутствии происходит снижение среднего балла.

При этом особое безразличие к своему состоянию (отражающее, вероятно, некую бесперспективность) у пациентов, не получающих лечения, происходит на стадии СПИДа. Это отражают и ответы на вопрос Imp. 2.1 «Насколько важно для Вас иметь жизненную энергию?» (на стадии СПИДа $p < 0,001$), и на вопрос Imp. 3.1 «Насколько важен для Вас сон, приносящий отдых?» (на стадии СПИДа $p < 0,01$, при длительности заболевания более 7 лет $p < 0,05$). Вместе с тем, важность чувства физической безопасности и защищенности (вопрос Imp. 16.1) нарастает в динамике ВИЧ-инфекции в обеих группах респондентов.

Личностная дезадаптация находит свое отражение в снижении среднего балла методики при ответах на вопросы Imp. 4.1 «Насколько важно для Вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?» (которая у лиц, не получающих специфическую терапию, более зависит от стадии болезни, $p < 0,05$) и Imp. 4.2 «Насколько важно для Вас ощущать удовольствие?» (которая у лиц, не получающих специфическую терапию, более зависит от длительности болезни, $p < 0,01$). Выявлены и различия в ответах на вопрос Imp. 8.1 «Насколько важно для Вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т.п.)?». Так, по мере увеличения длительности заболевания наблюдается некоторое повышение среднего балла опросника в обеих группах. В то же время, если у пациентов, получающих АРВТ, по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции динамики среднего балла методики нет, то у пациентов, не получающих такой терапии, выявлено достоверное ($p < 0,01$) его снижение на стадии СПИДа.

В плане снижения значимости собственной личности у пациентов с неблагоприятным прогнозом (вопрос Imp. 6.1 «Насколько важно для Вас иметь положительную оценку себя?») в обеих группах по мере увеличения длительности ВИЧ-инфекции средний балл опросника практически не меняется. Поэтому, вероятно, важность представления о своем теле и внешности (Imp. 7.1) на начальной стадии ВИЧ-инфекции при малой ее длительности для обеих групп пациентов даже выше, чем для лиц КГ.

Однако в динамике заболевания средний балл опросника снижается в обеих группах, что обусловлено развитием и прогрессированием вторичных инфекций и новообразований, имеющих кожные проявления (например, себорейный дерматит, рецидивы герпетической инфекции и орального кандидоза, появление кондиломатоза, саркомы Капоши), снижением массы

тела (эти состояния снижают у пациентов значимость своей внешности для других людей). Хорошо выглядеть особенно важно для лиц, получающих АРВТ, в том плане, что на фоне терапии многие заболевания не развиваются или не рецидивируют в течение длительного времени, а стабильное клиническое состояние обуславливает большую личностную и социальную мобильность больных.

Вместе с тем, развитие подобных заболеваний, а также снижение мнестико-интеллектуального уровня пациентов вследствие органического поражения головного мозга создают проблемы для пациентов обеих групп в плане взаимоотношений с другими людьми и, более того, в плане поддержки больных окружающими (вопросы Imp. 13.1, Imp. 14.1). Однако на начальных стадиях заболевания пациентов при малой его длительности средний балл методики по обоим вопросам даже несколько выше показателей лиц КГ (что объясняется социально-психологическими особенностями больных вследствие их мнения о своей потенциальной стигматизации).

Жизненные перспективы пациентов видны в ответах на вопросы Imp. 4.3 «Насколько важно для Вас ощущать надежду?» и Imp. 5.1 «Насколько важна для Вас способность усваивать и помнить важную информацию?». Здесь у больных, получающих АРВТ, происходит даже некоторое повышение среднего балла методики, чего не наблюдается в отсутствие специфической терапии (на стадии СПИДа $p < 0,001$). При этом важность способности разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения (вопрос Imp. 5.2) особой динамики не претерпевает. Здесь же можно отметить и вопрос Imp. 5.3 «Насколько важна для Вас способность к концентрации внимания?», в котором средний балл опросника у больных в отсутствие АРВТ достоверно снижен уже в дебюте заболевания ($p < 0,05$).

Перспективы жизнеобеспечения больных определяются материальным благосостоянием вследствие трудовой деятельности и возможностями самообслуживания. Считается, что нарушение способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации оказывает наиболее выраженное влияние на развитие социальной дезадаптации.

Финансовые ресурсы (вопрос Imp. 18.1), получаемые вследствие трудовой деятельности либо пенсионного обеспечения, являются основой материального благосостояния, поэтому мнение обеих групп больных об их важности в динамике ВИЧ-инфекции меняется незначительно и достоверно не отличаются от мнения лиц КГ.

При рассмотрении ответов на вопрос Imp. 12.1 «Насколько важна для Вас Ваша способность работать?» показано, что вне зависимости от получаемой больными АРВТ этот параметр жизнедеятельности в динамике заболевания практически не меняется, более того, он несколько выше, чем у лиц КГ. Однако по мере увеличения длительности заболевания в группе пациентов, получающих специфическую терапию,

средний балл методики достоверно снижается (что обусловлено ухудшением психосоматического состояния), а в группе пациентов, не получающих такую, – увеличивается (важность работы обусловлена заботой о своем здоровье, которое в отсутствие АРВТ требует дополнительных материальных вложений, в частности, в рекомендованную диету, витаминотерапию, парафармацевтики).

Важность возможности получения новой информации или знаний (вопрос Imp.20.1), как и возможности получать новые навыки (вопрос Imp.20.2), в отсутствие специфической терапии в динамике ВИЧ-инфекции у больных достоверно ($p < 0,01$) снижается, а в случае ее получения достоверно ($p < 0,01$) повышается, что обусловлено личностной и социальной дезадаптацией. В то же время по мере увеличения длительности заболевания по указанным позициям в обеих группах отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение среднего балла опросника.

На начальных стадиях ВИЧ-инфекции при малой ее длительности для пациентов обеих групп важность способности выполнять повседневную деятельность по самообслуживанию (вопрос Imp.10.1) даже несколько выше, чем для лиц КГ, что обусловлено значимостью заботы о себе вследствие наличия патологии с неблагоприятным прогнозом. Однако по мере развития динамики инфекционного процесса происходит снижение показателей опросника ($p < 0,05$) вне зависимости от получения АРВТ, что обусловлено развитием психоорганического синдрома.

Указанные выше факторы, в свою очередь, определяются состоянием здоровья, которое поддерживается проводимой терапией (как специфической, так и другими ее видами, что подразумевает не только лечение ВИЧ-инфекции, но и вторичной и сопутствующей патологии).

Различия мнений при ответе на вопрос Imp.11.1 «Насколько важно для Вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?» выявлены лишь на стадии «А» ($p < 0,05$), это обусловлено тем, что АРВТ принимали и больные с длительностью заболевания менее 3 лет, у которых еще не было клинических проявлений вторичных заболеваний. Этим же обусловлено отличие показателей пациентов от данных лиц КГ. Однако в дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания, важность уменьшения зависимости от лечения нарастает, особенно в группе пациентов, не получающих АРВТ, потому что применение специфической терапии позволяет уменьшить частоту и выраженность рецидивов вторичной патологии.

Достоверно ($p < 0,05$) более высокие показатели, по сравнению с данными КГ, у больных, не получающих АРВТ, отмечены при ответе на вопрос Imp.19.1 «Насколько важно для Вас иметь возможность получить необходимую Вам медицинскую помощь?». В этой группе по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции мнение пациентов не менялось, а по мере увеличения ее длительности отмечено недостоверное снижение среднего балла опросника. В случае же получения

специфической терапии отмечено значимое увеличение показателей во всех точках отсчета. Наибольшее стремление к получению медицинской помощи отмечено именно во второй группе на стадии СПИДа ($p < 0,01$).

На начальных стадиях ВИЧ-инфекции при малой ее длительности у больных в отсутствие АРВТ при ответе на вопрос Imp.19.2 «Насколько важно для Вас иметь возможность получить необходимую Вам социальную помощь?» выявлены рентные установки. Однако при дальнейшем прогрессировании болезни и увеличении ее длительности вследствие социальной и личностной дезадаптации в данной группе пациентов нарастает негативизм по отношению к системе социального обеспечения (которая не обеспечивает все их потребности, в первую очередь – материальные), чего не выявлено в группе респондентов, получающих специфическую терапию, – стабильное клиническое состояние в известном смысле компенсирует материальные недостатки.

Установлено, что важность домашних условий (вопрос Imp.17.1) для пациентов вне зависимости от получения АРВТ более значима, чем для лиц КГ. Однако по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции вследствие снижения мнестико-интеллектуального уровня значимость данного фактора для психической адаптации больных снижается вне зависимости от получения специфической терапии. Но в то же время в случае неполучения таковой по мере увеличения длительности заболевания происходит достоверное снижение среднего балла методики, который в данной ситуации практически не меняется в группе получающих АРВТ (при длительности заболевания более 7 лет $p < 0,01$), что свидетельствует о важности данного параметра в плане социальной и личностной адаптации больных.

Вместе с тем, для пациентов обеих групп в динамике заболевания выявлено снижение важности вопросов отдыха или досуга (вопрос Imp.21.1), что обусловлено развитием психоорганического синдрома.

Влияние АРВТ на процессы личностной и социальной адаптации может быть подтверждено также динамикой ответов на вопрос Imp.22.1 «Насколько важна для Вас окружающая среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность и т.п.)?». В отсутствие специфической терапии по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции показатели значимо не меняются и не отличаются от показателей КГ; однако по мере увеличения длительности заболевания средний балл методики недостоверно снижается, что можно трактовать как следствие снижения уровня мнестико-интеллектуальной деятельности пациентов. В случае же получения специфической терапии в динамике заболевания происходит достоверное повышение среднего балла опросника (несколько превышающего даже показатель КГ), что способствует снижению дезадаптации у получающих АРВТ.

На начальных стадиях ВИЧ-инфекции при малой ее длительности адекватная работа транспорта в по-

вседневной жизни (вопрос Imp.23.1) равно важна для пациентов вне зависимости от получаемой АРВТ. Это связано с тем, что лица, не получающие АРВТ, находятся под динамическим наблюдением в медицинских учреждениях по месту жительства, и по мере ухудшения соматического состояния с развитием инвалидирующей патологии здесь же и госпитализируются. В то же время пациенты, получающие специфическую терапию, должны регулярно приезжать в территориальные СПИД-центры как на плановые контрольные обследования (в том числе, стационарные), так и для получения препаратов (которые выдаются больным на руки из расчета на 1–3 месяца). Поэтому достоверное ($p < 0,05$) различие между группами в потребностях передвижения на транспорте отмечено при длительности заболевания более 7 лет.

Выявленные тенденции обусловлены, в том числе, и самостоятельной способностью к передвижению (вопрос Imp.9.1 «Насколько важно для Вас иметь способность передвигаться?»). То есть, в отсутствие АРВТ в динамике ВИЧ-инфекции происходит снижение среднего балла опросника, более зависящее от стадии заболевания ($p < 0,05$), чем от его длительности. Это обусловлено развитием и прогрессированием патологии различных органов и систем организма больных, в особенности, заболеваниями центральной и периферической нервной систем, что влечет за собой ограничение способности к трудовой деятельности, обучению, и самообслуживанию. Применение же современных схем АРВТ позволяет отсрочить появление двигательных нарушений и тем самым снизить быстроту инвалидизации. Данное положение подтверждается достоверностью ($p < 0,05$) различия показателей в обеих группах на стадии СПИДа.

Показано, что для реализации больными ВИЧ-инфекцией личных убеждений (вопрос Imp.24.1) необходима соответствующая мотивация личности. Поэтому получение АРВТ, способствующее стабилизации клинического (а значит, и психического) состояния пациентов, не закрывает перед ними перспективы сохранения своего социального статуса, что и является, собственно, целью реабилитации инвалидов (но только в случае реальной приверженности терапии). Данные положения иллюстрируются достоверным ($p < 0,05$) снижением среднего балла опросника в отсутствие специфической терапии, и его повышением при наличии таковой. Однако в плане реализации пациентами личных убеждений как больному, так и его лечащему врачу важно различать убеждения в результативности определенных форм поведения и ожидание эффективности своих усилий при реализации этих форм.

Показано, что при анализе вопросов важности КЖ достоверность различий между группами пациентов выявлена при ответах на 75% вопросов опросника, в том числе 70,83% случаев относительно стадии заболевания и в 29,17% – его длительности. В основном, различие между группами выявлялось на стадии СПИДа (76,47%) и при длительности ВИЧ-инфекции более 7 лет (71,43%), что отражает прогрессирующее

нарушение здоровья у больных, страдающих заболеванием с неблагоприятным прогнозом.

Установлено, что большинство больных на разных стадиях и при различной длительности заболевания вне зависимости от получения АРВТ оценивают значение различных аспектов своего КЖ в диапазоне от «важно» до «предельно важно». Ответ «не важно» на вопросы Imp 4.3 («Насколько важно для Вас ощущать надежду?»), Imp 5.2 («Насколько важна для Вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?»), Imp 9.1 («Насколько важно для Вас иметь способность передвигаться?»), Imp 13.1 («Насколько важны для Вас взаимоотношения с другими людьми?»), Imp 16.1 («Насколько важно для Вас чувство физической безопасности и защищенности?»), Imp 17.1 («Насколько важны для Вас домашние условия?»), Imp 18.1 («Насколько важны для Вас Ваши финансовые ресурсы?»), Imp 21.1 («Насколько важен для Вас отдых или досуг?»), Imp 24.1 («Насколько важны для Вас Ваши личные убеждения?») не дали ни пациенты, ни лица КГ. А некоторые вопросы в единичных случаях неважными для себя считали только лица КГ (вопросы Imp 3.1 – 3,92% / 2, Imp 7.1 – 5,88% / 3, Imp 8.1 – 3,92% / 2, Imp 10.1 – 1,96% / 1, Imp 14.1 – 1,96% / 1, Imp 19.1 – 3,92% / 2).

В основном важность своего КЖ считали ненужной больные, не получающие АРВТ. Это нашло свое отражение в количестве вопросов, на которые был дан ответ «не важно» (50% против 15,62% в группе получающих АРВТ). Таких пациентов было мало (на стадии «А» – 2,04%, «С» – 13,33%, при длительности заболевания до 3 лет – 4,54%, более 7 лет – 16,67%). Пациенты, получающие специфическую терапию, дают точную информацию избирательно (снижен мнестико-интеллектуальный уровень в связи с развитием психоорганического синдрома).

Выводы

1. Изучение вопросов важности различных аспектов КЖ больных ВИЧ-инфекцией позволяет оценить влияние АРВТ на психосоматическое состояние пациентов в динамике заболевания и при необходимости провести соответствующую коррекцию (медикаментозную и/или психотерапевтическую).

2. Оценка КЖ позволяет определить эффективность работы лечебно-профилактического учреждения в плане принятия решений по целевому направлению средств и усилий при ограниченных ресурсах.

3. Социальная и профессиональная адаптация больных должна проводиться перспективно, начиная с ранних стадий заболевания, командой специалистов-реабилитологов (с участием инфекциониста, клинического психолога, психотерапевта, социального работника, юриста, по показаниям – психиатра/нарколога, других врачей-специалистов).

4. Усугубление рискованного поведения и неоптимальная приверженность лечению могут усилить когнитивные нарушения, а также снизить эффективность принимаемых мер.

Литература

1. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М.: Р. Валент. – 2012. – 528 с.
2. Бурковский, Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / Г.В. Бурковский [и др.]. – СПб: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – 1998. – 53 с.
3. Веселов, Ю.В. Справедливое распределение здоровья в условиях капиталистической экономики / Ю.В. Веселов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: тр. 4-й Всеросс. научно-практ. конф. с междунар. участием, 24–26.11.2009 г. – СПб: Вести. – 2009. – С. 126–130.
4. Вирус иммунодефицита человека – медицина / ред. Н.А. Беляков, А.Г. Рахманова. 2-е изд. – СПб: Балт. мед. образоват. центр. – 2011. – 656 с.
5. ВИЧ-инфекция: информ. бюл. № 36 / В.В. Покровский [и др.]. – М.: Федер. науч.-метод. центр по профилактике и борьбе со СПИД. – 2012. – 53 с.
6. Дмитриева, Т.Б. Политика государства и общества по преодолению социально значимых проблем злоупотребления наркотиками (системный кризис антиалкогольной политики в России) / Т.Б. Дмитриева, Т.В. Клименко // Наркология. – 2008. – № 5. – С. 9–14.
7. Карташова, И.Г. Клинико-психопатологические и личностные особенности больных с гастроинтестинальными заболеваниями в аспекте биопсихосоциального единства / И.Г. Карташова, Н.П. Гарганеева, В.Я. Семке // Ученые записки СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17, № 2. – Прилож. – С. 85–86.
8. Лобзин, Ю.В. Медицинская реабилитация: перспективы системного развития и практической реализации / Ю.В. Лобзин // Мед. акад. журн. – 2013. – Т. 13, № 1. – С. 39–51.
9. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб: Элби, 1999. – 140 с.
10. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 6, Прилож. – С. 1–40.
11. Скрипкина, Т.П. Доверие как социально-психологическое явление: автореф. дисс. д-ра психол. наук / Т.П. Скрипкина. – Ростов-на-Дону. – 1998. – 45 с.
12. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных: пер. с англ. – 2-е изд., доп. – СПб: Гражд. контроль. – 2002. – 36 с.
13. Улюкин, И.М. Факторы, влияющие на когнитивные функции больных ВИЧ-инфекцией / И.М. Улюкин // Terra Medica. – 2014. – № 2 (76). – С. 39–46.
14. Улюкин, И.М. Вопросы диагностики сомато-психологического состояния больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста / И.М. Улюкин, В.Н. Болехан, Ю.И. Буланьков // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 2 (38). – С. 84–89.
15. Улюкин, И.М. Клиника, диагностика и лечение нейроСПИДа / И.М. Улюкин, Ю.И. Буланьков, В.Н. Болехан // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2013. – № 2. – С. 36–42.
16. Хананашвили, М.М. Этиопатогенез информационной болезни / М.М. Хананашвили // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1992. – № 4. – С. 94–97.
17. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб: ВМА. – 2002. – 266 с.
18. Engagement with health care providers affects self-efficacy, self-esteem, medication adherence and quality of life in people living with HIV / W.T. Chen [et al.] // J. AIDS clin. res. – 2013. – Vol. 4, № 11. – P. 256.
19. Knowles, J.B. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment / J.B. Knowles, D.A. Drossman // Evidence based gastroenterology and hepatology / eds J. McDonald, A. Burnjugh, D. Hagan. – London: BMJ books. – 1999. – P. 241–60.

I.M. Uliukin, V.N. Bolekhan, Yu.A. Darinskiy, A.B. Schangin

Evaluation of importance of various aspects of quality of life of human immunodeficiency virus affected people

Abstract. The results of studying of the importance of various aspects of quality of life in the Russian version of «Quality of Life – 100» questionnaire in 242 young human immunodeficiency virus-infected patients (mean age $28,5 \pm 2,1$ years) are presented. The distribution of patients in the study was conducted by Center for disease control and prevention classification. Antiretroviral therapy was conducted in accordance with generally accepted guidelines. In the analysis of the importance of quality of life aspects the accuracy of digital values test differences in groups of patients was identified in the answers to 75% of test questions, including the disease stage it touched in 70,83% of cases and its duration – in 29,17%. In general, the difference between the groups was detected in acquired immune deficiency syndrome stage (76,47%) and in the «more than 7 years» duration of disease (71,43%), it's reflected a progressive health disorder in patients suffering from poor prognosis' chronic disease. It was found that 96–99% patients at different stages and at different durations of human immunodeficiency virus infection regardless of antiretroviral therapy receiving evaluate the significance of different aspects of their quality of life in the range of «important» to «extremely important». Basically the importance of their quality of life was considered as unnecessary for patients not receiving specific therapy, it was reflected in the amount of test questions for which the answer was «not important» (50% vs. 15,62% in the group receiving this therapy). Thus, the study on the importance of various aspects of quality of life of human immunodeficiency virus affected patients is significant for evaluation of the antiretroviral therapy impact on the patients psychosomatic condition in the dynamics of their disease, and if necessary for an appropriate correction (medication and / or psychotherapy).

Key words: human immunodeficiency virus, young people, questions of the importance of various aspects of quality of life, antiretroviral therapy, psychosomatic condition.

Контактный телефон: +7-921-926-16-21; e-mail: igor_ulyukin@mail.ru