

УДК 616.89-008.441.33:[616.98:578.828.6НІВ]:613.9:316.728

СТАНЬКО Э.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Резюме. В статье приведены результаты изучения медико-социальной характеристики ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью. Выявлены основные социальные и медицинские проблемы наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией. При формировании тактики ведения ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью необходимо учитывать особенности социального функционирования, наркологического и соматического анамнеза, которые могут влиять на течение коморбидной патологии и ее исход.

Ключевые слова: медико-социальная характеристика, опийная зависимость, ВИЧ, социальное функционирование.

Введение

Наркотическая зависимость и ВИЧ-инфекция представляют глобальную медико-социальную проблему современного общества, актуальность которой обусловлена увеличением заболеваемости населения данной патологией, кардинально изменяющей качество жизни и социальное функционирование пациентов и приводящей к тяжелым последствиям, превышающим непосредственный эффект употребления наркотиков [1–4]. Распространенность наркомании и ВИЧ-инфекции среди лиц активного репродуктивного и трудоспособного возраста, тяжелые медико-социальные и юридические последствия увеличивают значимость проблемы [5–12]. В Беларуси на 01.01.2013 г. зарегистрировано 14 178 случаев ВИЧ-инфекции, или 117 на 100 тыс. населения, что в 2,4 раза больше по сравнению с 2003 г. Общее число случаев ВИЧ, выявленных среди лиц в возрасте 15–29 лет, составляет 8367, или 59,0 % от всех зарегистрированных [13]. Распространенность наркомании с 2002 по 2012 г. в Беларуси выросла в 2,1 раза. В 2012 г. на учете в организациях здравоохранения на конец года состояли 11 814 пациентов с зависимостью от наркотиков [14]. Показатель распространенности составляет 124,8 случая на 100 тысяч населения, или 0,12 % от численности населения страны. Большинство пациентов с зависимостью от наркотиков находились в трудоспособном и репродуктивном возрасте (25–39 лет): до 25 лет — 9,3 %; 25–29 лет — 20,4 %; 30–39 лет — 53,2 %; старше 40 лет — 8,6 %. Наиболее часто употребляемым опиатом является экстракционный опиум (94,3 %). При этом инъекционное потребление наркотиков практикуют 93,6 % потребителей опиатов. Общая оценочная численность потребителей инъекционных наркотиков

(ПИН) в Беларуси составляет 81 386 человек, соотношение между выявленными и невыявленными ПИН — 1 : 5,7 [15]. В период с 1987 по 2013 г. удельный вес лиц с установленным парентеральным путем инфицирования ВИЧ (инъекционное потребление наркотических средств) составляет 44,9 %, или 6360 случаев [13].

Последствия зависимости от наркотиков и ВИЧ-инфицирования определяются не только тяжестью развивающихся при этом соматических и психических нарушений, но и в значительной мере обусловлены социальными проблемами, значительно превышающими непосредственные эффекты употребления наркотических средств [11]. Распространение ВИЧ-инфекции среди пациентов с опийной зависимостью представляет собой сложную медико-социальную проблему, в которой наряду с медико-биологическим важным значение имеет социальный аспект. Основными вопросами для понимания причин развития и динамики ВИЧ-инфекции среди пациентов с опийной зависимостью являются социальное функционирование и качество жизни пациентов, которые необходимо учитывать при планировании профилактических и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий [16]. Сложность решения этой проблемы объясняется низкой эффективностью лечебно-профилактических мероприятий, их схематичностью, недостаточным объемом знаний в вопросах значимости различных факторов (биологических, клинических, социальных) в возникновении, клинике, прогнозе коморбидной патологии и адаптации пациентов [17].

© Станько Э.П., 2014

© «Актуальная инфектология», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Целью исследования является оценка медико-социальных характеристик ВИЧ-положительных пациентов с опийной зависимостью, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении в государственных наркологических учреждениях Республики Беларусь, для выявления факторов, влияющих на адаптацию пациентов и прогноз заболевания. Задача исследования заключается в изучении медико-социальных характеристик и социально-демографических особенностей ВИЧ-положительных пациентов с опийной зависимостью (ВПЗ), принимавших участие в исследовании.

Материалы и методы

Основной клинической базой исследования явились государственные наркологические учреждения г. Гродно, Гомеля, Минска и Пинска Брестской области Республики Беларусь. Анализируемый материал составил 821 пациент, обратившийся за наркологической помощью в период с 2010 по 2012 г.

Основной контингент исследования — пациенты с опийной зависимостью, коморбидной с ВИЧ-инфекцией, нуждающиеся в систематической терапии и динамическом наблюдении. В соответствии с критериями отбора в данную группу были включены 376 пациентов с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F-11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст пациентов варьировал от 13 до 53 лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не давшие согласия на обследование, в состоянии отмены, с выраженными изменениями личности вследствие органического поражения головного мозга, острым психотическим расстройством, шизофренией, умственной отсталостью, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания. Верификация соматической патологии проводилась соответствующими специалистами из числа сотрудников специализированных медицинских учреждений с использованием современного диагностического оборудования.

Применялись следующие методы исследования: клиничко-психопатологический, социально-демографический, математической статистики. Анализ синдромально-нозологического спектра наркологических расстройств проводился с использованием квалификационной системы МКБ-10. Клиническая верификация состояний и динамики наркологических расстройств проводилась с учетом опыта отечественных и зарубежных исследователей (Стрельчук И.В., 1949; Битенский В.С., 1991; Пятницкая И.Н., 1994; 2008; Фридман Л.С., 1998; Шабанов П.Д., 1998; Рохлина М.Л., 2001; Иванец Н.Н., 2002; Тиганов А.С., 2012). Для структурированного описания клинических проявлений опийной зависимости, коморбидной с ВИЧ-инфекцией, применялась «Клиническая регистрационная карта структурированного описания ВПЗ». Применяемая карта исследования ВПЗ с учетом их психического и соматического состояния разработана в соответствии с задачами и результатами ранее проведенных исследований в области наркологии и

психиатрии, в том числе и в ГУ «РНПЦ психического здоровья». В карту вошли сведения из анамнеза жизни и болезни пациентов с оценкой личностных особенностей; наркологического, психического и соматоневрологического состояний; форм оказания лечебно-реабилитационной помощи.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ SPSS 17.0. Производились расчеты среднего арифметического, квадратического отклонения, стандартной ошибки среднего арифметического для количественных показателей. Статистическая обработка результатов включала методы описательной статистики и корреляционного анализа (расчет ранговой корреляции по К. Спирмену).

Результаты и обсуждение

В зависимости от стадии ВИЧ-инфекции пациенты с опийной зависимостью (II стадия) были распределены следующим образом: I стадия — 84 пациента (22,3 %), II — 193 (51,3 %); III — 58 (15,4 %); IV — 30 (7,9 %); V — 12 (3,2 %). На момент обследования 165 (43,8 %) ВПЗ воздерживались от приема наркотиков в связи с нахождением в условиях стационара; 82 (21,8 %) находились на заместительной терапии; 3 (0,8 %) — на лечении препаратами, блокирующими действие наркотика. Постоянно употребляли наркотики (активная зависимость) 122 (32,4 %) ВПЗ эпизодически в течение последнего месяца — 7 (1,8 %) обследованных.

Гендерный состав ВПЗ отражает пропорцию, характерную для группы потребителей наркотиков (ПН) в целом. Так, среди 376 ВПЗ 71,8 % (270 человек) составили мужчины и 28,2 % (106 человек) — женщины. Полученные данные подтверждают, что основную часть ВПЗ составляют мужчины, вместе с тем необходимо отметить, что число ВИЧ-положительных женщин, вовлеченных в употребление наркотиков, достаточно велико (рис. 1). Распределение мужчин и женщин (в процентах) представлено на рис. 1.

Распределение пациентов в зависимости от возраста показало, что наибольшее число ВПЗ находились в возрасте 26–40 лет (83,4 %), то есть в периоде активной трудовой деятельности. Средний возраст ВПЗ составил 32,9 года (SD = 5,54); мужчин — 33,7 года (SD = 5,59); женщин — 30,8 года (SD = 4,86). Основной контингент ВПЗ представлен опытными ПН с длительным стажем

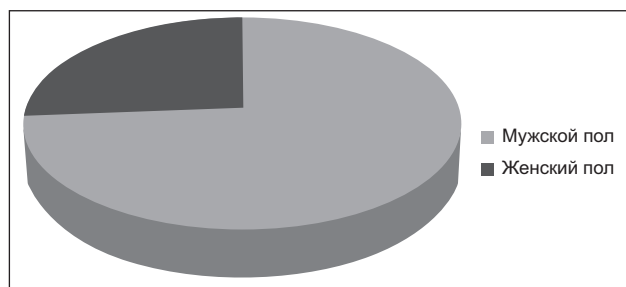


Рисунок 1. Распределение ВПЗ в зависимости от пола (%)

наркопотребления. Длительность систематической наркотизации у 216 (57,4 %) ВПЗ составила более 10 лет; до 10 лет — у 105 (27,9 %); до 5 лет — у 36 (9,6 %); до 3 лет — у 6 (1,6 %); до 12 месяцев — у 10 (2,7 %), до 6 месяцев — у 3 (0,8 %). Характер распределения по возрастным группам отражают данные, представленные в табл. 1.

Как видно из табл. 1, подавляющее большинство обследованных находилось в наиболее активном репродуктивном и трудоспособном возрасте.

ВПЗ имеют различный образовательный уровень — от начального до высшего образования. В целом общеобразовательный уровень пациентов характеризовался низкой профессиональной подготовкой. Численность наименее образованных ВПЗ составила 206 (54,8 %): со школьным средним образованием — 151 (40,1 %), начальным и/или неполным средним образованием — 55 (14,6 %) пациентов. Значительная часть группы с начальным и неполным средним образованием представлена малограмотными лицами, которые с трудом умели читать и писать, нередко не понимали смысла прочитанного. Среднее специальное образование, предполагающее обучение в профессионально-техническом училище, имели 154 (40,9 %) пациента. Среди ВПЗ были и более образованные ПИН. Высшее образование имели 7 (1,8 %) ВПЗ, незаконченное высшее образование — 9 (2,3 %). Следует отметить, что образовательный уровень является показателем, который необходимо учитывать при разработке и реализации информационных материалов и психообразовательных программ. Преобладание среди ВПЗ лиц с низким образовательным уровнем отражает уровень их социального неблагополучия, поскольку с таким образованием сложно найти квалифицированную работу. Проблема трудоустройства способствует усилению социального отчуждения и развитию девиаций поведения у ВПЗ.

Важным показателем социального статуса ПН является источник дохода. На официальной работе (легальный заработок) находились около трети пациентов. Нигде не работали, не учились, уклонялись от общественно полезного труда 191 (50,8 %) ВПЗ; заняты на временной (сезонной) работе — 111 (29,5 %) ВПЗ. Большинство из работающих пациентов были заняты низкоквалифицированным трудом. Почти треть ВПЗ (125/28,1 %) не имели профессии, 265 (59,6 %) были

Таблица 1. Распределение ВПЗ по возрастным группам

Возрастная группа	Число участников/процент от общей выборки
18–20	3/0,8
21–25	25/6,6
26–30	104/27,6
31–40	210/55,8
41–49	31/8,2
50–55	3/0,8

рабочими, 44 (9,9 %) — служащими, 6 (1,3 %) — учащимися, 2 (0,4 %) — предпринимателями. Необходимость занятия менее квалифицированным трудом обусловлена не только отсутствием профессиональной подготовки, но и отношением ВПЗ к труду. Так, 119 (31,6 %) ВПЗ часто меняли места работы, длительно не могли удержаться на одном месте, отмечались перерывы в работе. Негативное отношение к работе испытывали 76 (20,2 %) ВПЗ; постоянные конфликты — 67 (17,8 %); частые увольнения за систематические и грубые нарушения трудовой дисциплины — 55 (14,6 %); административные взыскания — 51 (13,5 %).

Необходимо отметить, что низкий показатель трудовой занятости в легальном секторе указывает на наличие нелегального дохода, связанного с криминальной деятельностью ВПЗ (кража, мошенничество, разбой и др.). ПН часто оказываются вовлеченными в преступную деятельность, многие из них имеют криминальную биографию, более половины участников исследования многократно находились в заключении. Оппозиционная манера поведения и игнорирование общепризнанных норм общежития до 18-летнего возраста наблюдались у 44,6 % ВПЗ. Средний возраст совершения ВПЗ первого правонарушения приходится на $15,90 \pm 0,51$ года. На учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 27,7 % ВПЗ, условный срок имели 6,6 %, отбывали наказание — 61,9 %, повторно осуждены — 70,9 %. Среднее количество случаев, когда ВПЗ находились в тюрьме, в целом по выборке равно 5,0. При этом дважды преступления совершили 3,8 % обследованных; 3 раза — 11,7 %; 4 раза — 29,6 %; 5 раз — 22,5 %; 6 раз — 8,9 %; 7 раз — 5,2 %; 8 раз — 2,3 %.

Причиной судимости у большей части обследованных были преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков (НОН). Помимо преступлений, связанных с НОН, распространенными являются разбой, грабеж и мошенничество. Так, причиной судимости у 64,6 % ВПЗ были преступления, связанные с НОН; у 14,6 % — имущественные и корыстные преступления (автомобильные, магазинные кражи, поджоги); у 5,2 % — насильственные действия, преступления против личности (ограбление, нападение, изнасилование); у 4,2 % — мошенничество, подделка документов и др. При осуществлении профилактических мероприятий рецидивной преступности среди ПН следует учитывать состояние ВПЗ при совершении преступлений. Почти половина (48,4 %) обследованных совершали преступления в состоянии выраженного патологического влечения к наркотику; 11,3 % — алкогольного или наркотического опьянения; 5,2 % — в состоянии отмены. На спонтанное общественно опасное поведение без видимых причин указали 19,7 % ВПЗ.

Анализ семейного положения позволил установить, что собственной семьи не имели 233 (61,9 %) ВПЗ, собственного жилья — 75 (19,9 %). Состояли в первичном браке, проживали в собственных семьях 61 (16,2 %) ВПЗ, с родителями — 165 (43,9 %), самостоятельно — 62 (16,5 %). Находились в разводе 70 (18,6 %) ВПЗ,

состояли в повторном браке — 22 (5,9 %), гражданском — 62 (16,5 %), имели детей — 138 (36,7 %). Следует отметить, что 72 (19,1 %) ВПЗ домой приходили лишь ночевать, больше времени проводили среди малознакомых людей. Обстановка в семье у 256 (68,1 %) пациентов характеризовалась как конфликтная, с негативным психологическим климатом, напряженными межличностными отношениями, приводящими к дезорганизации семейной жизни. Низкий уровень доходов и социальной поддержки, неблагоприятные материально-бытовые условия, отсутствие достаточных средств к существованию отметили 165 (43,9 %) ВПЗ. В условиях «кризисной семьи» с асоциальным поведением родителей, злоупотреблением спиртными напитками, низкой культурно-нравственной обстановкой проживали 34 (9,0 %) пациента, на развод родителей указали 51 (13,5 %) ВПЗ. Реже встречались (46/12,2 %) хорошие семейные межличностные отношения. Воспитанием ВПЗ в 6,6 % случаев из 137 опрошенных, занимались близкие кровные родственники, в 10,2 % случаев — люди, которые не являлись родственниками, в 25,5 % — один из родителей. Противоречия родителей в семейном воспитании отметили 13,9 % пациентов; ослабление родительского контроля за воспитанием детей — 27 %; неспособность семьи привить нравственно-этические ценности и выработать социально-положительные ориентиры с отсутствием контроля, безразличием, безнадзорностью, пассивным отношением к проблемам детей — 5,1 % ВПЗ.

Многие исследователи считают необходимым дифференцировать ПН по клиническим проявлениям зависимости, структуре и частоте потребления психоактивных веществ (ПАВ), психологическим параметрам и уровню социальной адаптации [18–20]. Анализ наследственной отягощенности показал, что у 37,9 % из 137 ВПЗ ближайшие кровные родственники (БКР) злоупотребляли алкоголем; 16,8 % — совершали суицидальные попытки, действия, имели суицидальные намерения; 12,4 % — имели соматические заболевания; 11,6 % — психические расстройства. На потерю БКР в раннем детстве указали 9,5 % ВПЗ. В детско-подростковом возрасте у пациентов наблюдались различные невротические эпизоды: энурез, энкопрез, ночные страхи, сноговорение или скрежетание зубами — у 13,1 % ВПЗ; судороги в раннем детстве — у 5,1 %; гиперактивность, неусидчивость, импульсивность в поведении, конфликты со сверстниками — у 19,7 % ВПЗ. В связи с наличием психического расстройства были освобождены от прохождения срочной военной службы 8,0 % ВПЗ. Из перенесенных вредностей 69,1 % ВПЗ отметили вирусный гепатит С; 15,1 % — вирусный гепатит В; 10,2 % — инфекции, передаваемые половым путем; 35 % — черепно-мозговые травмы; 2,9 % — эпилептические припадки. Осложнения при приеме наркотика на фоне интоксикации однократно наблюдались у 27,7 %, повторно — у 10,9 % ВПЗ. Коматозные единичные состояния на фоне передозировки отмечались у 14,5 %, повторные — у 9,4 % ВПЗ. Острые интоксикационные психозы перенесли 2,3 % обследованных.

Возраст, в котором пациенты впервые употребили наркотик, колебался в пределах от 13 до 25 лет, хотя имелись случаи начала употребления после 30 лет. Средний возраст, на который приходились первые пробы наркотика, составил 18,3 года (SD = 3,18). Период первичного поискового полинаркотизма с пробами от 3 до 7 видов различных ПАВ отметили более половины обследованных. Характер распределения начала употребления наркотика по возрастным группам отражают данные, представленные в табл. 2.

Как видно из табл. 2, процент обследованных, впервые употребивших наркотик в возрасте до 20 лет, значительно выше, чем этот же показатель для ВПЗ в возрасте старше 20 лет. Средний возраст первого употребления наркотика среди пациентов возрастной группы 13–17 лет у женщин составляет 15,6 года (SD = 1,2), у мужчин — 16,1 года (SD = 1,0); возрастной группы 18–20 лет — у женщин 19,1 (SD = 0,8), у мужчин 18,9 года (SD = 0,8); 21–25 лет — соответственно 21,9 (SD = 1,3) и 23,3 года (SD = 1,6); 26–35 лет — 31,7 (SD = 1,5) и 27,7 года (SD = 3,0). Девочки возрастной группы 13–17 лет начинали употреблять наркотики в более раннем возрасте, в среднем на год раньше мальчиков. После 25 лет мужчины начинали употреблять наркотики в среднем на 4 года раньше женщин. Потребление наркотиков лицами женского пола в более раннем возрасте объясняется боязнью потери партнера, из рук которого впервые получили наркотик.

В качестве комплексной характеристики тяжести опийной зависимости использована прогрессивность, при оценке которой учитывались вид употребляемого наркотика, способ введения, опыт потребления других ПАВ, длительность периода наркотизации, скорость становления состояния отмены, толерантность, представленность и длительность состояния отмены и постабстинентного состояния, характер ремиссий, критика к заболеванию, социальное снижение, опыт прохождения реабилитации. Необходимость определения вида потребляемого наркотика вызвана особенностями его действия на организм ПН и последствиями, что важно учитывать при разработке лечебно-профилактических программ.

Течение опийной зависимости у ВПЗ отличалось высокой прогрессивностью, обусловленной совокупным действием взаимодействующих факторов. Основным, наиболее часто употребляемым наркотическим

Таблица 2. Распределение ВПЗ по возрастным группам в зависимости от начала употребления наркотика

Возрастная группа	Число ВПЗ/процент от общей выборки
13–17	183/48,7
18–20	130/34,6
21–25	52/13,8
26–30	8/2,1
31–35	3/0,8

средством является экстракционный опий. Широкая распространенность употребления опиатов кустарного производства объясняется доступностью и невысокой стоимостью сырья для изготовления наркотического средства, стереотипом восприятия его как легкого наркотика, низким уровнем доходов населения, трудностями с трудоустройством и другими факторами. Вместе с тем опыт употребления каннабиноидов имел 61 (16,2 %) обследованный; наркопсихостимуляторов — 58 (15,4 %); транквилизаторов — 76 (20,2 %); барбитуратов — 33 (8,7 %); циклодола, отвара семян белены, дурмана, клещевины — 6 (1,6 %). Большинство (217/57,7 %) ВПЗ предпочитали употреблять один вид наркотика. Однако при невозможности достать основной наркотик 120 (31,9 %) обследованных принимали другие ПАВ. В сочетании с алкоголем или лекарствами наркотика употребляли 144 (38,3 %) ВПЗ. Следует отметить, что до начала приема наркотиков большая часть ПН практиковали употребление алкоголя и табака.

Основным способом употребления наркотиков был инъекционный: только инъекционный — у 271 (72,1 %) ВПЗ, преимущественно инъекционный — у 85 (22,6 %), эпизодически инъекционный — у 4 (1,1 %). На различные способы введения наркотика, их сочетание указали 16 (4,3 %) ВПЗ. Групповое употребление наркотиков практиковали 250 (66,5 %) ВПЗ, преимущественно в криминализированной компании, что повышает риск использования чужого шприца и случайных сексуальных контактов. При этом 229 (60,9 %) обследованных формально относились к соблюдению стерильности наркотика и емкости, в которой он находился, а 55 (14,6 %) ВПЗ допускали повторное использование одноразовых шприцев и игл при введении наркотика. Средний возраст начала половой жизни у ВПЗ составлял 15,2 года ($SD = 2,1$), среднее количество сексуальных партнеров за последний месяц — 2,4 ($SD = 1,6$). В беспорядочные половые отношения со знакомыми партнерами вступали 16,8 % ВПЗ, случайные — 21,2 %; в состоянии опьянения — 18,9 %; в условиях отсутствия контрацепции — 26,3 %; коммерческий секс (предоставление секс-услуг за деньги или наркотика) — 1,5 %. Распространенность среди ВПЗ различных сексуальных практик, ранний возраст приобретения опыта интимных отношений способствуют увеличению риска инфицирования гемоконтактными инфекциями.

Темп формирования зависимости был быстрым, сопровождался ростом толерантности и высокими суточными дозами потребляемого наркотического средства. Продолжительность злоупотребления наркотиками без формирования зависимости у большинства пациентов составляла около 3 месяцев: до 1 месяца — у 10 (2,6 %) ВПЗ, до 2 месяцев — у 95 (25,3 %), до 3 месяцев — у 185 (49,2 %). Вместе с тем до 6 месяцев этап наркотизма длился у 80 (21,3 %) ВПЗ, до 12 месяцев — у 6 (1,6 %). Скорость нарастания симптоматики была разной, у большей части ВПЗ длительность становления состояния отмены составляла 1–3 месяца. Так, появление признаков состояния отмены до 1 месяца

отмечалось у 131 (34,8 %) ВПЗ, до 2–3 месяцев — у 145 (38,5 %), до 6 месяцев — у 85 (22,6 %) и после 6 месяцев — у 15 (3,9 %). Анализ оценки текущего состояния показал, что у 106 (28,2 %) ВПЗ выявлен рост толерантности, у 199 (52,9 %) — плато и у 71 (18,8 %) ВПЗ — снижение.

После прекращения систематического употребления наркотика состояние отмены характеризовалось нарастанием симптоматики с выраженными алгическими, нейросоматовегетативными, психопатологическими и поведенческими расстройствами. Большая часть ВПЗ имели опыт многократных переживаний состояния отмены: свыше 10 раз — 167 (44,4 %) обследованных, до 10 раз — 109 (29,0 %), до 5 раз — 93 (24,7 %), однократно — 6 (1,6 %) ВПЗ. Длительность состояния отмены в среднем составляла от 7 до 14 дней: до 14 дней — у 124 (33,0 %) ВПЗ; до 10 дней — у 112 (29,8 %); до 7 дней — у 82 (21,8 %); до 3–5 дней — у 16 (4,3 %); более 14 дней — у 42 (11,2 %) ВПЗ. В структуре состояния отмены у 197 (52,4 %) ВПЗ доминировали нейросоматовегетативные расстройства, недомогание, общая слабость, расстройства сна, нарушение сердечно-сосудистой деятельности, тремор, потливость, тошнота; у 111 (29,5 %) — декомпенсация патохарактерологических черт, психопатологические расстройства, страх, тревога, депрессия, психомоторное возбуждение; у 68 (18,1 %) — болевой синдром, судорожные припадки. Выраженность состояния отмены у 278 (73,9 %) ВПЗ была умеренной, у 95 (25,3 %) — тяжелой, у 3 (0,8 %) — легкой степени. В структуре постабстинентного состояния у 246 (65,4 %) ВПЗ преобладающей была астеническая симптоматика с общей слабостью, недомоганием, тошнотой, головокружением; у 67 (17,8 %) — спонтанность; у 63 (16,8 %) — поведенческие расстройства. Продолжительность постабстинентного состояния в среднем составляла от 14 до 30 дней: до 7 дней — у 15 (4,0 %) ВПЗ, до 14 дней — у 112 (29,8 %), до 30 дней — у 192 (51,1 %), более 30 дней — у 57 (15,2 %) ВПЗ.

Воздержание от употребления наркотиков у 290 (77,1 %) ВПЗ было частичным, реже (39/10,4 %) — спонтанным. Терапевтическая ремиссия наблюдалась у 32 (8,5 %) ВПЗ, полная — у 15 (4,0 %). Срывы ремиссий на ранних сроках отмечались в большей части наблюдений: до 1 месяца — у 197 (52,4 %) ВПЗ, до 3 месяцев — у 87 (23,1 %); до 6 месяцев — у 41 (10,9 %). Ремиссии свыше 6 месяцев встречались реже (40/10,6 %), ремиссии свыше года были единичными (9/2,4 %). Продолжительность ремиссий у 282 (75 %) ВПЗ была наименьшей и составляла от нескольких дней, недель до 3 месяцев. Количество ремиссий в среднем составляло 4,1 ($SD = 2,8$). В ремиссиях влечение к наркотикам характеризовалось высокой интенсивностью, чаще проявлялось в постоянной форме и носило компульсивный характер: у 94 (25 %) ВПЗ — с выраженным поведенческим компонентом, направленным поиском наркотика, стремлением к контактам с ПН для получения наркотика; у 103 (27,4 %) ВПЗ — с чувством внутренней напряженности, повышенной раздражительностью, возбудимостью. Реже (48/12,7 % ВПЗ) влечение к на-

ркотикам было обсессивным, с частыми обострениями в конфликтных ситуациях. Следует отметить, что ситуационно обусловленное наличием двойной стигматизации (наркоман + ВИЧ) влечение к наркотику испытывали 125 (33,2 %) ВПЗ. В единичных случаях (10/2,6 % ВПЗ) наблюдалось ситуационное влечение к наркотику при попадании в привычную для них обстановку.

Наиболее распространенными мотивами употребления наркотиков у 251 (66,7 %) ВПЗ были стремление избавиться от тягостных проявлений состояния отмены; у 209 (55,6 %) — желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания, внутреннее напряжение; у 191 (50,8 %) — стремление выйти из апатического состояния, улучшить работоспособность, повысить сенсорно-двигательную активность; у 82 (21,8 %) — изменить состояние, вызвать эйфорию; у 58 (15,4 %) — показать свою независимость; у 48 (12,7 %) — облегчить коммуникативный контакт с людьми; у 15 (3,9 %) — поиск новых приятных ощущений. Следует отметить, что у 12 (3,2 %) ВПЗ ведущим мотивом употребления наркотиков было стремление принять наркотик назло себе и другим, причинить боль близким, выразить протест, ускорить развитие осложнений (медицинских, социальных).

Реакция на прием наркотика была положительной у 285 (75,8 %) ВПЗ, нейтральной — у 74 (19,7 %) и негативной с неприятными ощущениями, страхом и тревогой — у 13 (3,5 %). Наркотическое опьянение у 201 (53,5 %) обследованного характеризовалось стремлением к деятельности, улучшением самочувствия, ощущением полноты жизни; у 57 (15,2 %) — приятной расслабленностью, углубленным самосозерцанием и ощущением покоя; у 33 (8,8 %) — приподнятостью, эйфорией, вплоть до эмоционального возбуждения. Измененные формы наркотического опьянения с преобладанием сниженного настроения, тоски наблюдались у 36 (9,6 %) ВПЗ; дисфории, раздражительности — у 19 (5,1 %); демонстративных суицидальных тенденций — у 12 (3,2 %); агрессивности на фоне эмоционального возбуждения — у 10 (2,7 %); плаксивости, утраты чувства такта и стыда — у 8 (2,1 %).

Анализ оценки мотивов прекращения употребления наркотиков показал, что основной причиной этого у 159 (42,3 %) ВПЗ были финансовые затруднения, связанные с их приобретением; у 128 (34,0 %) — вынужденное воздержание; у 119 (31,6 %) — отсутствие постоянного источника получения наркотика. Стремление уменьшить дозу наркотика испытывали 109 (28,9 %) ВПЗ, желание отказаться от употребления наркотика — 38 (10,1 %), морально-нравственный пресинг родственников — 55 (14,6 %).

Длительная систематическая наркотизация сопровождается значительным снижением уровня социального функционирования, асоциальными и антисоциальными установками ПН, частыми и повторными судимостями, снижением критики к заболеванию. В большинстве случаев критика у ВПЗ была поверхностной, чаще отмечалось раннее возобновление злоупотребления наркотиками после лечения. Так, при сохранности влечения к наркотику частичная критика

со сниженной способностью к оценке своего состояния, эмоционально-волевые расстройства, искажение личностных качеств отмечены у 205 (54,5 %) ВПЗ. Стремление с резонерским обоснованием продолжить наркотизацию при критическом осознании болезни и понимании последствий наркотизации испытывали 169 (44,9 %) обследованных, причем 32 (8,5 %) ВПЗ открыто говорили о продолжении наркотизации с уверенностью в том, что способны самостоятельно справиться с зависимостью. При формальном отношении и сохранности критико-прогностических способностей желание отказаться от потребления наркотиков высказывали 38 (10,1 %) обследованных. Приумножить или скрыть степень наркотизации пытались 92 (24,5 %) ВПЗ. Из них 75 (19,9 %) пациентов, отличаясь некритической лживостью, упорно отрицали факт приема наркотика. Вместе с тем 71 (18,9 %) ВПЗ потребление наркотиков не скрывали, лечиться не хотели, врачебных назначений не выполняли. При этом 62 (16,5 %) ВПЗ пытались бравировать, стремились подчеркнуть наркотизацию, что свидетельствовало о неспособности пациентов критически осознавать свое болезненное состояние. Следует отметить, что 67 (17,8 %) обследованных не считали себя зависимыми от наркотиков, как и не понимали опасности заболевания.

Основными последствиями систематической наркотизации 291 (77,4 %) ВПЗ назвал необходимость общения с лицами с асоциальным поведением; 224 (59,6 %) — жилищные и финансовые проблемы (долги, квартплата и др.); 207 (55,1 %) — отсутствие свободы выбора, смену образа жизни, ощущение потери своего места в обществе; 203 (53,9 %) — проблемы в семейных отношениях, неспособность создать семью, иметь детей; 181 (48,1 %) — перемену места работы, повышенный риск утраты работы, занятости; 173 (46,0 %) — изменение привычного образа жизни и социальной активности; 152 (40,4 %) — вынужденную социальную изоляцию, отчуждение привычного круга общения, отсутствие дружеских отношений; 143 (38,0 %) — незаконченное образование; 127 (33,8 %) — снижение физической активности; 111 (29,5 %) — негигиенический образ жизни, неполноценное питание; 91 (24,2 %) — продолжение употребления наркотиков, других ПАВ от безысходности; 69 (18,4 %) — необходимость в определенное время, не допуская пропусков, принимать антиретровирусные (АРВ) препараты, физическую и психологическую усталость от вынужденного регулярного приема препаратов; 66 (17,6 %) — отсутствие жилья, регистрации по месту жительства, полунелегальное существование; 47 (12,5 %) — утрату документов, затруднение доступа к получению адекватной медицинской помощи; 46 (12,2 %) — появление побочных эффектов при проведении АРВ-терапии; 36 (9,6 %) — необходимость пищевых ограничений; 30 (7,9 %) — малоэффективность проводимой АРВ-терапии; 26 (6,9 %) — ощущение специфического лекарственного запаха от своего тела, отвращение к нему; 22 (5,8 %) — увеличение сроков терапевтической ремиссии вплоть до отказа от употребления наркотиков из-за обо-

снованного страху неотвратимості втрати здоров'я, життя; 19 (5,1 %) — появлення видимих дефектів зовнішності; 11 (2,9 %) — усвідомлення приближення термінальної стадії, боротьбу з болем, астеною, іншими симптомами захворювання. Крім того, тривала наркотизація супроводжувалася углубленням особистих розладів у ВПЗ з ознаками морально-етического зниження порівняно з початковим періодом наркотизації. Інвалідами I групи були 7 (1,9 %), II — 2 (0,5 %) і III — 1 (0,3 %) ВПЗ.

Коморбидні психічні розлади у 119 (31,6 %) ВПЗ були представлені афективними розладами, у 38 (10,1 %) — невротическими розладами і у 37 (9,8 %) — органісеским розладом особистості. Як якість коморбидної соматическої патології домінували захворювання печінки (328/87,4 %). Захворювання дихальної системи зареєстровані у 149 (39,6 %) ВПЗ, шлунково-кишечного тракту — у 116 (30,8 %), серцево-судинної системи — у 99 (26,3 %), шкірні захворювання — у 48 (12,7 %), ниркова патологія — у 33 (8,7 %), захворювання ЦНС — у 8 (2,1 %), злоякісні новоутворення — у 6 (1,5 %) ВПЗ.

Оцінка інтенсивності участі ВПЗ в реабілітаційних програмах показала, що 309 (82,2 %) обстежених не мали досвіду проходження реабілітаційних програм. В центрі, створеному християнськими місіями, реабілітовано 48 (12,7 %) ВПЗ; в центрі, створеному неправительственными громадськими організаціями, — 12 (3,2 %); в комерсескому реабілітаційному центрі — 7 (1,8 %). В державних центрах закладів охорони здоров'я реабілітаційну програму з 376 обстежених ВПЗ пройшли лише 11, що складає 2,9 %.

Висновки

Отримані результати дозволяють уточнити фактори, які визначають медико-соціальну характеристику ВПЗ, представлену сукупністю біологісеских, клінісеских, соціальних і психологісеских факторів в їх взаємодії, відображають рівень дезадаптації пацієнтів. Отримані результати вказують на неоднорідність соціально-демографісеских особливостей ВПЗ, що слід врахувати при проведенні профілактисескої і лікувально-реабілітаційної роботи. Медико-соціальна допомога повинна бути орієнтована не на абстрактний образ ПН, а на кожного ВПЗ з його поведінсескими особливостями, рівнем освіти і доходу, в відповідності з його потребами.

Громадська небезпека ВПЗ проявляється кримінальною і некримінальною формами поведінки, при яких основною напрямленістю протиправної активності ВПЗ є НОН. Реалізація протиправних дій ВПЗ залежить від фазних станів синдрому залежності від наркотиків, що вказує на необхідність проведення превентивних лікувально-профілактисеских заходів для профілактики рецидивної

преступності серед ВПЗ. Відсутність сімейних умов, порушення міжособистісеских взаємовідносин, трудова дезадаптація, протиправна активність, клінісескі особливості залежності є факторами, що сприяють рецидиву захворювання у ВПЗ.

Встановлення особливостей перебігу залежності від опіюватих у пацієнтів з ВІС-інфекцією дозволяє клієнт-центровано, з урахуванням тяжкості наркотическої залежності і потреб ВПЗ розробляти заходи терапевтисескої і соціально-реабілітаційного впливу на пацієнтів, що сприяє підвищенню ефективності лікування.

При формуванні тактики ведіння ВПЗ необхідно врахувати особливості соціального функціонування, наркологісеского і соматического анамнезу, які є основними для розуміння причин розвитку і типу динаміки коморбидної патології і можуть впливати на її перебіг і результат.

Список літератури

1. Оніщенко Г.Г. ВІС-інфекція — проблема людськості / Г.Г. Оніщенко // ВІС-інфекція і імуносупресія. — 2009. — Т. 1, № 1. — С. 5-9.
2. Алікеева Э.А. Зарубежний і вітчизняний досвід сучасних технологій в системі профілактики ВІС-інфекції / Э.А. Алікеева, М.К. Сапарбеков // Здоров'я і хвороба. — 2013. — № 4 (106). — С. 22-26.
3. Клініко-імунологісескі паралелі у хворих з наркотическою залежністю / Р.Ф. Хамітов [і др.] // Казанський медичний журнал. — 2012. — Т. 93, № 5.
4. Рыбалко В.О. Непсихотическі психічні розлади і приверженість до лікування високоактивної антиретровірусної терапії у ВІС-інфікованих / В.О. Рыбалко, В.С. Собенников, К.А. Аитов // Сибірський медичний журнал. — 2013. — № 4. — С. 10-15.
5. Соціально-демографісескі і поведінсескі особливості споживачів наркотиків і оцінка їх чисельності в містах Северо-Западного федерального округу / Е.А. Кошкина [і др.] // Журнал неврології і психіатрії. — 2012. — № 5. — С. 51-57.
6. Левина О.С. Соціальні і індивідуальні ризики поширення ВІС-інфекції / О.С. Левина, В.Ю. Рыбников // ВІС-інфекція і імуносупресія. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 102-109.
7. Особливості проявлень нейрокогнітивних розладів у хворих при ВІС-інфекції / Н.А. Беляков [і др.] // ВІС-інфекція і імуносупресія. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 76-85.
8. Морфологісескі зміни головного мозку при ВІС-інфекції на фоні наркоманії / Одинак М.М. [і др.] // ВІС-інфекція і імуносупресія. — 2013. — Т. 5, № 1. — С. 65-75.
9. Рохліна М.Л. Зміни особистості у хворих опійною наркоманією / М.Л. Рохліна, А.А. Козлов [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.npar.ru/journal/2004/2/change.htm. — Дата доступу: 25.09.2013.
10. Медико-соціальні наслідки ін'єкційного вживання наркотиків і можливі шляхи їх запобігання / Е.А. Кошкина [і др.] [Електронний ресурс]. — Ре-

жим доступу: http://www.demography.ru/xednay/demography/di/2005/Kirzhanova_4www.pdf. — Дата доступу: 25.09.2013.

11. Клименко Т.В. Социальные факторы и наркомания. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.socialhelp.ru/attachments/socialnie_fakory.pdf. — Дата доступу: 25.09.2013.

12. Рохлина М.Л. Наркомания. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.

13. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 января 2013 года. Оперативный анализ эпидситуации по ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь. РЦГЭиОЗ. Отдел профилактики ВИЧ/СПИД. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://rcherph.by/ru/catalog/page1723.html>. — Дата доступу: 08.09.2013.

14. Правонарушения в Республике Беларусь: Стат. сб. за 2012 г. — Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2013. — 173 с.

15. Региональные особенности наркологической ситуации в Республике Беларусь / В.В. Лелевич [и др.]. — Гродно: ГрГМУ, 2012. — 168 с.

16. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии / Е.О. Бойко // Вопросы наркологии. — 2008. — № 5. — С. 58-65.

17. Зенцова Н.И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04. — М.: МГМСУ, 2009. — 25 с.

18. Факторы, влияющие на структуру потребления различных психоактивных веществ наркотическими аддиктами / С.В. Пронин [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: тезисы докладов научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока», посвященной 25-летию ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. — 2006. — Приложение (41). — С. 235-236.

19. Клинические особенности и варианты социальной адаптации у больных с героиновой зависимостью жителей Томска / А.Ю. Музыра [и др.] // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — 2005. — С. 126-128.

20. Рамм А.Н. Динамика клинко-психопатологических синдромов и социальных характеристик ремиссий у пациентов, зависимых от фенилпропаноламина: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18. — Алматы: КНМУ, 2008. — 20 с.

Получено 16.12.13 □

Станько Е.П.
УО «Гродненський державний медичний університет»,
Республіка Білорусь

Stanko E.P.
Educational Institution «Grodno State Medical University»,
Grodno, Belarus

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОПІЙНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Резюме. У статті наведені результати вивчення медико-соціальної характеристики ВІЛ-позитивних пацієнтів з опійною залежністю. Виявлено основні соціальні й медичні проблеми наркозалежних пацієнтів с ВІЛ-інфекцією. При формуванні тактики ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів з опійною залежністю необхідно враховувати особливості соціального функціонування, наркологічного й соматичного анамнезу, що можуть впливати на перебіг коморбідної патології та її результат.

Ключові слова: медико-соціальна характеристика, опійна залежність, ВІЛ, соціальне функціонування.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTIC OF HIV-POSITIVE PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

Summary. Results of studying medical and social characteristic of HIV-positive patients with opioid dependence are given in article. The main social and medical problems of drug-dependent patients with HIV infection are revealed. When forming management of HIV-positive patients with opioid dependence it is necessary to consider features of social functioning, the narcological and somatic anamnesis which can influence the clinical course of comorbid pathology and its outcome.

Key words: medical and social characteristic, opioid dependence, HIV, social functioning.