Научные исследования

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

¹Э.П.Станько, ²А.П.Гелда

¹ Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь ² Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

В статье приведены результаты оценки лечения опийной зависимости у ВИЧ-позитивных (ВПН) и ВИЧ-негативных опийных наркозависимых пациентов (ВНН) до и после лечения, на этапах становления и стабилизации ремиссии с использованием батареи тестов. В обследовании принимали участие 820 пациентов. Изучались уровень социального функционирования, параметры качества жизни, выраженность психопатологических симптомов и патологического влечения к наркотическим веществам. Выявлены изменения показателей социального функционирования, качества жизни, патологического влечения и психопатологического состояния пациентов до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Результаты исследований свидетельствует о наличии более тяжелых нарушений исследуемых параметров у ВПН, чем у ВНН. Установлено, что лечение позволяет снизить уровень проблем, связанных с потреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией. Однако кратковременная одномоментная терапия позволяет достичь лишь клинического улучшения, а не стабилизации психосоматического состояния ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью, что указывает на необходимость разработки тактики ведения ВПН с учетом их потребностей, предусматривающей проведение длительных, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: Республика Беларусь; ВИЧ-инфекция; опийная наркозависимость; ВИЧ-позитивные опийные наркозависимые пациенты (ВПН); ВИЧ-негативные опийные наркозависимые пациенты (ВНН); оценка эффективности лечения; уровень социального функционирования; параметры качества жизни;, выраженность психопатологических симптомов; выраженность патологического влечения к наркотическим веществам.

Опийная зависимость остается одной из наиболее серьезных и далеких от разрешения медико-социальных проблем современного общества. Существенным аспектом этой проблемы является инъекционное потребление наркотических веществ, способствующее широкому распространению вирусного гепатита С (ВГС) и ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Частота носительства ВГС и антител к нему (анти-HCV) среди ПИН соответствует 75— 85%, причем до 90% случаев обнаружения анти-HCV приходится на потребителей героина [1]. Распространенность ВИЧ-инфекции среди наркозависимых пациентов достигает 40%, а доля потребителей героина среди впервые выявленных лиц, инфицированных ВИЧ, составляет 80% [2].

Наркозависимость провоцирует потребителей наркотиков совершать поступки, увеличивающие риск заражения или передачи ВИЧ-инфекции. Острая интоксикация ПАВ приводит к снижению контроля над поведением. У 50–75% наркозависимых лиц встречаются сопутствующие психические расстройства, наиболее частыми из которых являются аффективные нарушения [3]. Наркозависимость и ВИЧ-инфекция способствуют развитию вторичных заболеваний, так как прием нар-

котиков и инфицирование ВИЧ повышают восприимчивость организма к инфекции. Прекращение лечения инфекции и продолжение употребления наркотиков ведут к хронизации заболевания [4]. Распространенность опийной зависимости и ВИЧинфекции среди ПИН, низкая эффективность лечения, увеличение медицинских расходов на лечение, преступность, нетрудоспособность, инвалидность, высокая смертность ВИЧ-позитивных ПИН в молодом возрасте, приводящая к снижению рождаемости и численности населения, к потере трудового потенциала и темпов экономического роста страны, обуславливают необходимость проведения тематических исследований.

На сегодняшний день проблемой в работе врача-психиатра-нарколога является разработка оптимальной тактики ведения ПИН, у которых сочетание опийной зависимости и ВИЧ носит взаимно отягчающий характер, выражающийся в негативном прогнозе сочетанной патологии, утяжелении течения ВИЧ-инфекции и аддиктивных расстройств с развитием сопутствующих психических расстройств. Нередко ухудшение психического состояния связано с первичной ВИЧ-энцефалопатией или с психогенным характером воздействия, обусловленным реакцией ПИН на выявление опасной инфекции. Этому способствует деформация личности ПИН, формирующая почву для особых типов психопатологического реагирования [5-7].

Выявление у ПИН ВИЧ-инфекции, осознание болезни как фатальной, сокращающей продолжительность жизни, способствуют не формированию у данных пациентов ремиссии, а утяжелению клиники аддиктивных расстройств. Вопросы повышения эффективности лечения и качества ремиссий при опийной зависимости в сочетании с ВИЧинфекцией, их оценка остаются актуальными и вызывающими исследовательский интерес. Представляется важным вопрос о выявлении ряда объективных клинико-психологических и социальных показателей, помогающих оценить эффективность терапии, стабильность ремиссии, указывающих на вероятность рецидива болезни и служащих основанием для проведения терапевтической коррекции, что определяет необходимость разработки научно обоснованных критериев оценки терапевтического результата и качества ремиссий у ВИЧ-позитивных опийных наркозависимых пациентов (ВПН).

Целью исследования являлось изучение клинико-психологических и психосоциальных характеристик ВПН до и после лечения на основе многомерной оценки динамики опийной зависимости

для разработки лечебных мероприятий, направленных на достижение ремиссий и предотвращение рецидивов.

Материал и методы

Основным объектом исследования являлись ВПН, проживающие на территории Республики Беларусь. Предмет исследования — социальные, клинические и психологические характеристики ВПН и ВИЧ-негативных опийных наркозависимых пациентов (ВНН) до и после лечения, в том числе включая этапы становления и стабилизации ремиссии.

Настоящее исследование является сочетанным (кросс-секционным и лонгитудинальным) с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, включая этап катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP [8], по протоколу с использованием индивидуальной регистрационной карты учета данных в основной исследовательской группе пациентов с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» (F11.2x) и «ВИЧ» (В20) и в сопоставляемой (отсутствие «ВИЧ»). Группой контроля служили 65 здоровых лиц [9, 10].

Обследовано 376 ВПН и 444 ВНН при добровольном (информированном) согласии на участие в исследовании. Критерии невключения в исследование: острое психотическое расстройство или остро протекающие психические заболевания (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия и др.), стойкое когнитивное расстройство, умственная отсталость (деменция), острое обострение или декомпенсация хронического соматоневрологического заболевания.

Для оценки динамики клинико-психологических и психосоциальных характеристик использовался комплекс методик, включающий опросник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [11, 12], опросник Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [13, 14], шкалу социального функционирования (ШСФ) [15] и шкалу патологического влечения к наркотикам (ШПВ) [16]. Удовлетворенность качеством жизни оценивали с помощью опросника SF-36, психопатологическое состояние — опросника SCL-90-R, социальное функционирование — ШСФ, уровень и структуру патологического влечения к наркотикам — ШПВ.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков применяли математиче-

ское ожидание (М) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате М±SD, а также медиану (Ме) и интерквартильный размах в формате Ме (LQ-UQ), где LQ — нижний квартиль, UQ — верхний квартиль. Для сопоставления групп по количественным признакам использовались непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для связанных групп. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при р<0,05.

Результаты и обсуждение

В исследовании впервые была осуществлена попытка оценить эффективность лечения и качество ремиссии, используя доказательные методы контроля в виде клинической и психометрической оценки состояния пациентов.

Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года (SD=5,54): у мужчин - 33,7 года (SD=5,59), у женщин - 30,8 лет (SD=4,86). Длительность систематической наркотизации у 216 (57,4%) ВПН составила более 10 лет, до 10 лет - у 105 (27,9%), до 5 лет - 36 (9,6%), до 3 лет - 6 (1,6%), до 12 месяцев - 10 (2,7%) и до 6 месяцев - 3 (0,8%). В зависимости от стадии ВИЧ пациенты с опийной зависимостью распределялись следующим образом: І стадия - 84 пациента (22,3%), ІІ - 193 (51,3%), ІІІ - 58 (15,4%), ІV - 30 (7,9%) и V - 12 (3,2%). Среди ВПН лишь 1/3 получали антиретровирусную терапию.

Гендерный состав ВПН отражает пропорцию, характерную для группы ПИН в целом: 270 (71,8%) мужчин и 106 (28,2%) женщин. Среди 376 ВПН 83,4% были в возрасте 26–40 лет, то есть в возрасте периода активной трудовой деятельности. Вместе с тем, официально работали около трети пациентов, большинство из которых были заняты низкоквалифицированным трудом. Нигде не работали, не учились, уклонялись от общественнополезного труда 191 (50,8%) ВПН, были заняты на временной (сезонной) работе 111 (29,5%) ВПН.

Низкий показатель трудовой занятости в легальном секторе указывает на наличие нелегального дохода, связанного с криминальной деятельностью ВПН, более половины из которых многократно находились в заключении. Средний возраст совершения первого правонарушения приходится на $15,9\pm0,51$ лет. На учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 27,7% ВПН, ранее отбывали наказание -61,9%, повторно были осуждены -70,9%. При этом дважды преступления совершили 3,8% из числа обследованных ВПН, 3 раза -11,7%, 4 раза -29,6%, 5 раз -22,5%, 6 раз -8,9%, 7 раз -5,2% и 8 раз -2,3%. Среднее количество случаев уголовного

преследования с отбытием наказания в целом по выборке составило 5,0.

Общеобразовательный уровень 206 (54,8%) ВПН был невысоким: с начальным или неполным средним образованием - 55 (14,6%), со школьным средним образованием - 151 (40,1%) ВПН. Среднее специальное образование имели 154 (40,9%) ВПН, незаконченное высшее - 9 (2,3%), высшее - 7 (1,8%).

Собственной семьи не имели 233 (61,9%) ВПН, собственного жилья – 75 (19,9%). Находились в разводе 70 (18,6%) ВПН, состояли в повторном браке – 22 (5,9%), гражданском браке – 62 (16,5%), имели детей – 138 (36,7%). Следует отметить, что 72 (19,1%) ВПН больше времени проводили среди малознакомых людей, приходили домой лишь ночевать. Обстановка в семье у 256 (68,1%) ВПН характеризовалась как конфликтная, с негативным психологическим климатом, напряженными отношениями, приводящими к дезорганизации семейной жизни.

Основной способ употребления наркотиков у ВПН: только инъекционный — 271 (72,1%), пре-имущественно инъекционный — 85 (22,6%). На сочетание различных способов введения наркотика указали 16 (4,3%) ВПН. Групповое употребление наркотиков практиковали 250 (66,5%) ВПН, преимущественно в криминализированной компании, что повышает риск использования чужого шприца и случайных половых контактов. При этом 229 (60,9%) обследованных формально относились к соблюдению стерильности наркотика и емкости, в которой он находился, а 55 (14,6%) ВПН допускали повторное использование одноразовых шприцев и игл при введении наркотика.

ВПН нередко указывали на наличие инфицированных ВИЧ партнеров, потребляющих наркотики, что свидетельствует об общих факторах вероятности заражения ВИЧ – рискованном инъекционном и половом поведении. Средний возраст начала половой жизни у ВПН составлял 15,2 лет (SD=2,1), среднее число половых партнеров за последний месяц – 2,4 (SD=1,6). В беспорядочные половые связи со знакомыми партнерами вступали 16,8% ВПН, в случайные -21,2%, включая половые связи в состоянии опьянения (18,9%) или в условиях отсутствия контрацепции (26,3%), практиковали коммерческий секс (предоставление интим-услуг за деньги или наркотики) -1,5%. Ранний возраст приобретения интимного опыта, широкое использование различных сексуальных практик способствуют увеличению риска инфицирования гемоконтактными инфекциями, в том числе повторно.

Длительная систематическая наркотизация ВПН сопровождается снижением уровня социального функционирования (СФ), асоциальными и антисоциальными установками, частыми и повторными судимостями, снижением критики к заболеванию. Критика в большинстве случаев у ВПН поверхностная, чаще отмечалось раннее возобновление потребления наркотиков после лечения. При сохранности влечения к наркотику частичная критика со сниженной способностью к оценке своего состояния, эмоционально-волевые нарушения и искажения личностных качеств отмечены у 205 (54,5%) ВПН. Стремление продолжить наркотизацию с «резонерским обоснованием» при критическом осознании болезни и понимании последствий наркотизации отмечено у 169 (44,9%) ВПН, 32 (8,5%) – открыто говорили о продолжении наркотизации с уверенностью в том, что способны самостоятельно справиться с зависимостью. Желание отказаться от приема наркотиков при формальном отношении и сохранности критико-прогностических способностей испытывали 38 (10,1%) ВПН. Приуменьшить или скрыть степень наркотизации пытались 92 (24,5%) респондента. Отличаясь «некритической лживостью», 75 (19,9%) ВПН упорно отрицали факт приема наркотика. 71 (18,9%) ВПН потребление наркотиков не скрывали, лечиться не хотели, врачебных назначений не выполняли. При этом 62 (16,5%) ВПН пытались бравировать и стремились подчеркнуть наркотизацию, что свидетельствовало об их неспособности критически осознавать свое болезненное состояние. Следует отметить, что 67 (17,8%) ВПН зависимыми от наркотиков себя не считали, как и не понимали опасности заболевания.

Многофакторная психометрическая динамическая оценка характеристик пациентов осуществлялась с помощью психодиагностического комплекса, включающего батарею психометрических тестов. Так, при оценке СФ прогностическое значение имеют изменения, произошедшие в процессе болезни и уровень так называемой «социально направленной деятельности» ПИН [15]. Кроме личностных особенностей, определяющих поведение ПИН, существенное влияние на длительность ремиссии оказывают психические расстройства, степень сохранности критических способностей, способность к самообслуживанию, характер семейных взаимоотношений и социально полезная деятельность. Вероятность формирования более качественной и продолжительной ремиссии возрастает у ПИН с менее выраженными психическими расстройствами и более сохранными способностями критики, самообслуживания, семейно-трудовой адаптацией, социальными контактами и способностью структурировать свободное время.

Исследование уровня СФ свидетельствует о том, что до лечения наиболее проблемными у ПИН были показатели субшкал «трудовая деятельность» -2,80 (SD=1,10), «структурирование свободного времени» -2,65 (SD=0,82), «семейные отношения» -2,47 (SD=0,84), «забота о родителях/детях» -2,38 (SD=0,86), «контакты с друзьями, знакомыми» -2,20 (SD=0,68), «критические способности» – 2,13 (SD=0,81) и «аффективные расстройства» -2.02 (SD=0.71), что указывает на наиболее выраженные нарушения СФ ПИН. Худшие показатели СФ, по сравнению с ВНН, наблюдались в группе ВПН по субшкалам: «агрессивное/аутоагрессивное поведение» – 1,08 (SD=0,99)/ 1,63 (SD=0,82) при p<0,000000; «психоорганические расстройства» - 1,28 (SD=0,76)/1,66 (SD=0,69) при p<0,000000; «критические способности» – 1,98 (SD=1,09)/2,46 (SD=0,59) при p<0,000000; «способность к самообслуживанию» - 1,98 (SD=1,03)/2,18 (SD=1,00) при р<0,47, что свидетельствует о негативной роли ВИЧ-инфекции в развитии низкого уровня СФ наркозависимых пациентов, клиническим выражением которого являются их психопатоподобное поведение, психоорганические расстройства и снижение критических способностей.

Несмотря на снижение интегрального показателя (ИП) СФ ПИН после лечения, наиболее проблемными при выписке из стационара у ВПН и ВНН оставались сферы, связанные с трудовой деятельностью и способностью структурировать свободное время. Показатели трудовой деятельности у ВПН составили 2,84 (SD=1,02), у ВНН – 3,02 (SD=1,07) при p<0,002; способность структурировать свободное время -2,61 (SD=0,65) у ВПН и 2,67 (SD=0,79) у ВНН при p<0,002. Динамические изменения СФ у ВНН отличались более позитивным характером, чем у ВПН (рис. 1). Так, если ИП СФ ПИН, получавших традиционную психофармакотерапию (ПФТ), до лечения и спустя 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН снизился в 1,5 раза и составил 15,96 (SD=3,81), то у ВНН – в 1,9 раза и составил 11,63 (SD=3,60) баллов. Величина ИП СФ ПИН, находившихся на заместительной метадоновой терапии (ЗМТ), до лечения и спустя 12 месяцев от начала наблюдения уменьшилась в 1,6 раза у ВПН и составила 14,38 (SD=3,31), у ВНН – в 1,4 раза и составила 12,93 (SD=4,39) баллов.

Как следует из представленных на рис. 1 данных, у ВНН более позитивный характер динами-

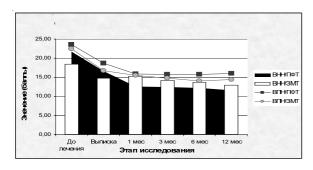


Рис. 1. Динамические изменения интегрального показателя социального функционирования потребителей инъекционных наркотиков

ческих изменений СФ наблюдается после ПФТ в отличие от ВПН, у которых показатели с лучшими значениями СФ связаны с проведением ЗМТ. Величина ИП СФ спустя 12 месяцев наблюдения у ПИН уменьшилась в 1,5 раза и находилась в пределах Ме 14,0 (11,0–17,0) баллов, что указывает на средний уровень СФ, частичную нормализацию клинических и социальных показателей.

Относительно худшие показатели удовлетворенности качеством жизни до и после лечения у ПИН отмечались по шкалам ролевого функционирования: «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) – 31,66 (SD=39,11)/45,80 (SD=44,90) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) -22,39 (SD=33,53)/38,86 (SD=43,34), что свидетельствует о наличии эмоциональных и физических проблем у ПИН, связанных с заболеванием, существенно ограничивающих после лечения их социальную активность (рис. 2). Невысокими были показатели общего состояния здоровья (GH) до и после лечения -43,61 (SD=16,28)/44,99 (SD=15,62) и жизненной активности (VT) -42,87 (SD=17,14)/48,05 (SD=16,67). Размах значений показателя «социальное функционирование» (SF) до и после лечения находился в интервале Ме 50,0 (25,0-62,5) / Ме 62,5 (43,7–75,0) балла.

Как следует из информации, графически представленной на рис. 2, величина ИП РН и МН была изначально невысокой. До лечения показатель РН из 100 возможных составил 41,0 (SD=7,8) балл, после лечения — 44,1 (SD=7,4), показатель МН — 33,5 (SD=16,2) балла, после лечения — 35,9 (SD=8,8). При этом более низкие значения ИП РН и МН были характерны для ВПН. При поступлении у ВПН ИП РН составил 39,9 (SD=7,5) балла, у ВНН — 41,9 (SD=8,1) при р<0,0000, а после лечения — 43,1 (SD=7,2) у ВПН и 45,1 (SD=7,5) у ВНН при р<0,0000. Еще более низкими были значения ИП МН: 32,3 (SD=9,1) балла у ВПН и 34,5

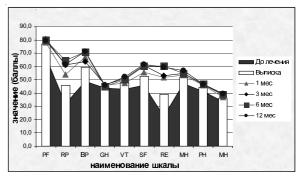


Рис. 2. Динамические изменения показателей качества жизни потребителей инъекционных наркотиков (усредненный профиль)

(SD=20,3) у ВНН до лечения (p<0,002) и 35,3 (SD=9,2) у ВПН и 36,6 (SD=8,6) у ВНН после лечения (p<0,015). У ВНН значения ниже 50 баллов из 100 возможных за весь период наблюдения выявлены лишь по шкале GH – 46,7 (SD=14,9), у ВПН – по четырем шкалам: GH – 43,6 (SD=14,3), RP – 41,7 (SD=43,2), VT – 46,5 (SD=13,6) и RE – 38,1 (SD=42,5), что указывает на необходимость разработки тактики ведения ВПН с использованием длительных, корректируемых с учетом потребностей пациентов, комплексных лечебных программ.

Психические расстройства у ПИН негативно влияют на терапевтическую динамику и эффективность лечебного процесса, вызывают резистентность к лечебным воздействиям и снижают эффективность терапии [17]. Нередко ПИН с целью самолечения имеющихся психических расстройств употребляют наркотики и другие ПАВ [18].

Исследование уровня психопатологической симптоматики показало, что наихудшими у ПИН до лечения были показатели соматизации, тревожности, депрессии, паранойяльности, враждебности, обсессивности-компульсивности и межличностной сензитивности (рис. 3).

Высокие значения показателей, отражающих тяжесть психопатологической симптоматики за весь период наблюдения у исследуемых пациентов, зарегистрированы по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, «паранойяльных симптомов», враждебности, менее высокие — психотизма и фобической тревожности (рис. 3). После лечения проблемными оставались показатели депрессии, тревожности и паранойяльности, значения которых были значимо выше у ВПН, чем у ВНН. Так, при выписке показатель паранойяльности у ВПН находился в интервале значений Ме 1,16 (0,50–1,66) при Ме 0,83 (0,50–1,33) у ВНН (р<0,0001), депрессии — Ме 1,00 (0,53–1,53) при

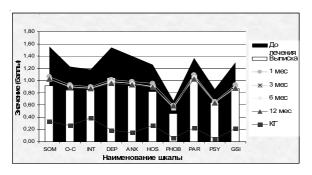


Рис. 3. Усредненный профиль показателей психопатологического состояния потребителей инъекционных наркотиков (КГ – контрольная группа)

Ме 0,84 (0,53–1,31) у ВНН (p<0,02), тревожности – Ме 0,90 (0,50–1,50) при Ме 0,70 (0,40–1,10) у ВНН (p<0,00004).

Общий индекс тяжести психопатологических симптомов (GSI) в исследуемых группах был в 6 раз выше аналогичного показателя контрольной группы до лечения (р<0,00000). После лечения величина GSI в 4,3 раза у ВПН и в 3,6 раза у ВНН превышала показатель GSI здоровых лиц (р<0,00000). Тяжесть психопатологической симптоматики спустя месяц нарастает, с 3 по 12 месяц наблюдения находится на уровне плато, среднее значение которого составляет 0,88 (SD=0,47) балла, что в 4 раза выше аналогичного показателя здоровых (p<0,00000). Если до лечения показатель GSI у ВПН составлял 1,4 (SD=0,6), при выписке -0.9 (SD=0.5), то через месяц его значение увеличилось до 1,13 (SD=0,49) при p<0,000000. Среднее значение GSI через 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН составило 1,07 (SD=0,5) балла, что в 1,5 раза выше аналогичного показателя ВНН и в 5 раз выше здоровых лиц (р<0,00000).

Полученные данные свидетельствуют о тяжести психопатологической симптоматики, отражающей уровень дистресса, который испытывают ВПН и ВНН на протяжении всего периода наблюдения. Проведение краткосрочной терапии улучшает, но не стабилизирует психическое состояние ПИН, особенно инфицированных ВИЧ, что увеличивает риск развития рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся у них психических расстройств.

Развитие опийной зависимости во многом отражает поступательная динамика синдрома патологического влечения к наркотикам (ПВН) [19]. По своему содержанию ПВН, проявляющийся идеаторными, аффективными, сенсорными, поведенческими и вегетативными нарушениями, представляет собой доминирующую потребность, под-

чиняющую всю психическую деятельность потребителя наркотиков, с чувством охваченности переживаниями, связанными с влечением без внутренней переработки возникающих побуждений, учета и анализа конкретной ситуации [16].

Выявление закономерностей, возникающих при обострении ПВН, существенно снижающего критические способности ПИН, позволяет оценить его выраженность. Наиболее проблемными на протяжении всего периода наблюдения показатели ПВН были у ВПН (рис. 4). Так, при госпитализации размах значений ПВН у ВПН составил Ме 20,0 (17,0-22,0) баллов, у ВНН - Ме 16,0 (13,0-20,0). При выписке у пациентов обеих групп интенсивность ПВН снизилась в 1,5 раза и составила 10,9 (SD=4,2) при p<0,000000. Однако степень влечения к наркотикам у ВПН оставалась тяжелой, на что указывает ее величина – 11,6 (SD=4,3) баллов. Величина ПВН у ВНН составила 9,3 (SD=2,8) баллов, что свидетельствует о средней степени влечения к наркотикам.

Динамическая оценка интенсивности ПВН спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев наблюдения свидетельствует о существенных различиях в интенсивности влечения в зависимости от вида используемой терапии (рис. 4). Так, среднее значение уровня ПВН спустя 1-12 месяцев наблюдения после ПФТ у ВПН составляет 14,3 (SD=5,5) баллов, а у находившихся на 3МТ - 9,3 (SD=4,3), после ПФТ у ВНН - 6,8 (SD=4,5), у находившихся на 3МТ - 8,3 (SD=3,6) баллов.

У ВПН через 12 месяцев наблюдения уровни выраженности ПВН в зависимости от вида терапии различались в 1,6 раза (р<0,000000). Величина ПВН после ПФТ у ВПН составила 14,2 (SD=5,8) баллов, после ЗМТ – 8,9 (SD=4,6). Максимально низкие значения ПВН после ПФТ зарегистрированы у ВНН, которые были в 2 раза ниже аналогичного показателя ВПН и составили 7,2 (SD=6,1) при р<0,00003. После ЗМТ уровень ПВН у ВНН составил 8,1 (SD=3,9) против 8,9 (SD=4,6)

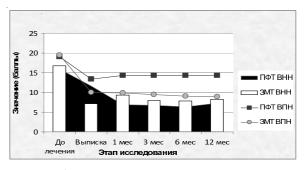


Рис. 4. Усредненный профиль показателей патологического влечения к наркотикам у потребителей инъекционных наркотиков

62

у ВПН. ПФТ способствует более эффективному снижению интенсивности ПВН у ВНН, а 3MT-y ВПН. Высокий уровень ПВН у ВПН после ПФТ может быть причиной риска рецидива наркотизации, что необходимо учитывать в работе с данной категорией пациентов.

В качестве диагностических и прогностических критериев эффективности лечения опийной зависимости, качества ее ремиссии могут быть использованы результаты структурно-динамического анализа ПВН, позволяющие оценить его выраженность, изменение соотношений структурных компонентов.

Анализ структуры ПВН за весь период наблюдения свидетельствует о доминировании клиники идеаторного компонента на фоне ярких аффективных, соматовегетативных и поведенческих его составляющих (рис. 5).

Наиболее проблемным является уровень нарушений, связанный с идеаторным компонентом ПВН, который отражает отношение ПИН (мысли, переживания, воспоминания) к болезни и наркотикам (рис. 5). До и после лечения величина идеаторных нарушений у ПИН различалась в 1,5 раза (p<0,000000) и составила 2,5 (SD=0,5)/1,6(SD=0,8) балла соответственно. Размах идеаторных нарушений через 1-3 месяца наблюдения находился в пределах значений Ме 2,0 (1,0-2,0), через 6–12 месяцев – Ме 1,0 (1,0-2,0). Высоким уровень идеаторных нарушений остается у ПИН после выписки, что свидетельствует о непреодолимом желании употребить наркотик, постоянстве и доминировании мыслей о приеме наркотика, отражающих выраженность ПВН и, соответственно, поведение и эмоциональное состояние ПИН в целом.

В структуре аффективного компонента ПВН выделяют ряд симптомов, среди которых наиболее проблемным является эмоциональная лабильность, проявляющаяся состояниями быстро меня-

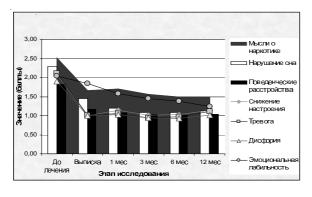


Рис. 5. Усредненный профиль структуры патологического влечения к наркотикам у потребителей инъекционных наркотиков

ющегося в течение дня настроения в диапазоне от пониженно-слезливого до раздражительного, дисфоричного с капризностью, плаксивостью или утрированной сентиментальностью. При выписке из стационара наихудшим среди компонентов ПВН был показатель эмоциональной лабильности, составивший 1,8 (SD=0,5) балла. Следует отметить, что кривая эмоциональной лабильности на протяжении 12 месяцев наблюдения, отличаясь явной тенденцией к снижению, характеризуется более высокими значениями по отношению к другим симптомам аффективного компонента. Нередко в структуре аффективного компонента встречались смешанные состояния с дисфорическими, тревожными и депрессивными проявлениями, определить длительность которых или смену одного состояния другим представляло трудности. Проблемным аффективный компонент был при поступлении ПИН в стационар. Так, до лечения размах значений сниженного настроения, дисфории и тревоги находился в интервале Ме 2,00 (2,0-3,0), при выписке через 1-12 месяцев наблюдения -Me 1,00 (0,0-2,0) балл.

Отражая интенсивность ПВН, аффективные расстройства почти всегда сопровождаются нарушениями сна. Чаще всего ПИН предъявляют жалобы на плохой сон, бессонницу, трудности при засыпании, поверхностный сон, ранние или частые пробуждения среди ночи, невозможность заснуть после пробуждения. Наиболее выраженными нарушения сна были у ПИН при поступлении. При этом у ВПН средние значения составили 2,7 (SD=0,5) балла против 2,2 (SD=0,7) у ВНН. При выписке уровень диссомний снизился, средние значения составили 1,5 (SD=0,8) у ВПН и 1,1 (SD=0,7) у ВНН. Через 1 месяц показатель диссомний у ВПН составил 1,4 (SD=0,8), у ВНН -0,7 (SD=0,6), что в 1,8 раза ниже показателя у ВПН. В последующем через 3, 6 и 12 месяцев динамика диссомний отличалась относительно худшими показателями нарушений сна у ВПН, чем у ВНН. Так, уровень диссомний был выше у ВПН, чем у ВНН, в 1,9 раза через 3 месяца, в 2 раза – через 6 месяцев и в 1,8 раза – через 12 месяцев наблюдения.

Аффективные расстройства всегда сопровождаются поведенческими нарушениями, служащими оценочным маркером интенсивности ПВН. Лечение оказывает позитивное влияние на выраженность поведенческих нарушений у ПИН. Так, при выписке уровень поведенческих расстройств у ПИН составил 1,1 (SD=0,5) балла, что в 1,5 раза меньше, чем при поступлении – 1,8 (SD=0,8). Динамика поведенческих расстройств у ВПН от-

личалась более высокими показателями по сравнению с ВНН. По уровню расстройств поведения через 1 месяц наблюдения ВПН и ВНН различались в 2,1 раза (1,4 (SD=0,8)/0,6 (SD=0,5) соответственно). Интенсивность поведенческих расстройств после выписки вплоть до 12 месяца наблюдения у ВНН имеет тенденцию к снижению, а у ВПН уровень расстройств поведения через 1 месяц наблюдения достигает максимума, существенно не изменяясь в последующем. В период с 1 по 12 месяц наблюдения выраженность психопатоподобного поведения у ВПН была в 1,6 раза выше, чем у ВНН. Таким образом, особенностью влечения к наркотикам является преобладание в структуре ПВН идеаторных расстройств, эмоциональной лабильности в сочетании с другими симптомами аффективных нарушений, расстройств сна и поведения, что требует проведения с ПИН лечебных противорецидивных и психокоррекционных мероприятий.

Заключение

Выявление клинико-психологических и психосоциальных отклонений у ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью может способствовать разработке эффективных лечебных и психокорррекционных вмешательств, снижающих вероятность развития рецидива наркотизации. Динамическая психометрическая биопсихосоциальная оценка состояния пациентов должна проводиться до и после лечения, так как лечение не гарантирует полного воздержания от приема наркотиков, а течение опийной зависимости может предусматривать развитие рецидива, особенно при наличии сочетанной патологии, включающей психические расстройства и ВИЧ.

Активная зависимость у ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков сопровождается невысокой удовлетворенностью качеством жизни, проблемным социальным функционированием в сферах, связанных с трудовой деятельностью и способностью структурировать свободное время, выраженным влечением к наркотикам и проблемным психическим функционированием. Опросник качества жизни SF-36 показал наличие у пациентов эмоциональных и физических проблем, связанных с заболеванием, существенно ограничивающих их социальную активность, а также невысокий уровень состояния здоровья и выраженную астению, которые снижают возможность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками.

Использование ШСФ указало на наиболее проблемные сферы у ПИН, связанные с трудовой деятельностью, свидетельствующие о нежелании

трудиться, низком доходе или безработном статусе пациентов, а также способностью структурировать свободное время. В отличие от ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью, у которых более высокий уровень социального функционирования связан с проведением заместительной терапии, у ВИЧ-негативных пациентов более позитивный характер изменений социального функционирования в динамике наблюдается после курса психофармакотерапии. В целом более проблемный уровень социального функционирования характерен для ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью, чем для ВИЧ-негативных, что подтверждается относительно худшими показателями агрессивного/аутоагрессивного поведения, психоорганического расстройства, критических способностей и способности к самообслуживанию, свидетельствующими о негативном влиянии ВИЧ-инфекции на уровень социального функционирования пациентов.

Особенностью влечения к наркотикам у ВИЧпозитивных пациентов с опийной зависимостью
по данным ШПВ является преобладание в структуре синдрома патологического влечения к наркотикам идеаторных нарушений, отражающих отношение пациентов (мысли, переживания, воспоминания) к болезни и наркотикам, свидетельствующих о непреодолимом желании употребить наркотик, доминировании мыслей, их постоянстве о
приеме наркотика, а также симптомов аффективных расстройств, расстройств сна и поведения,
отражающих выраженность влечения и, соответственно, поведение и эмоциональное состояние
пациентов в целом.

Данные, полученные с помощью опросника SCL-90-R, свидетельствуют о тяжести психопатологической симптоматики, отражающей уровень дистресса, который испытывают ВИЧ-позитивные и ВИЧ-негативные пациенты с опийной зависимостью на протяжении всего периода наблюдения. Установлено, что активная зависимость сопровождается высокими значениями показателей соматизации, депрессии, тревожности, паранойяльности и враждебности, которые препятствовали осознанию пациентами необходимости прохождения лечения. Величина общего индекса тяжести психопатологических симптомов через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения у ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью в 1,5 раза выше аналогичного показателя ВИЧ-негативных пациентов и в 5 раз выше показателя здоровых (р<0,00000). Оказание краткосрочной стационарной одномоментной медицинской помощи улучшает, но не стабилизирует психическое состояние зависимых пациентов, особенно с ВИЧ-инфекцией, что увеличивает риск развития рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся у них психических расстройств.

Для мониторинга состояния ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью необходимо использовать психодиагностический комплекс, оценивающий весь спектр медико-социальных последствий, связанных с наркопотреблением и ВИЧ-инфекцией. Психодиагностический комплекс, включающий шкалы патологического влечения, качества жизни, социального функционирования и психопатологического состояния позволяет эффективно оценивать изменения в состоянии ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью в динамике.

Выводы:

- 1. ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью значимо отличаются от ВИЧ-негативных и здоровых лиц более высоким уровнем тяжести психопатологического состояния и патологического влечения к наркотикам, более низкой удовлетворенностью качеством жизни и проблемным социальным функционированием, что указывает на негативный тотальный характер психотропного воздействия потребляемых опиатов и ВИЧ-инфекции.
- 2. Лечебный эффект терапии у пациентов с опийной зависимостью ограничивали сопутствующие расстройства (ВИЧ-инфекция, психические расстройства), выявление и лечение которых могут снизить риск рецидива наркотизации и повысить эффективность терапевтических программ.
- 3. Лечение позволяет снизить уровень проблем, связанных с потреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией. Проведение кратковременной одномоментной терапии позволяет достичь лишь клинического улучшения, а не стабилизации психосоматического состояния ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью, что указывает на необходимость разработки тактики их ведения, предусматривающей использование длительных, комплексных лечебно-реабилитационных программ, соответствующих потребностям пациентов.
- 4. Показатели качества жизни, социального функционирования, актуального психопатологического состояния и патологического влечения к наркотикам являются важными медико-социальными характеристиками ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью и, наряду с клиническими данными, позволяют полнее проводить диагностическую оценку каждого случая, оптимизировать с учетом полученных данных тактику ведения пациентов.

- 5. Сравнительная оценка показателей качества жизни, социального функционирования, психопатологического состояния и патологического влечения, выявляя разное соотношение клинико-психологических и психосоциальных проблем, позволяет выделить группы пациентов с разной тяжестью сочетанной патологии и использовать приоритетные направления медикаментозной, психотерапевтической и психосоциальной помощи.
- 6. Динамика показателей качества жизни, социального функционирования, психопатологического состояния и патологического влечения к наркотикам носит информативный характер, который важно учитывать в процессе лечения при оценке риска развития нежелательных явлений, что предполагает рассмотрение вышеуказанных показателей в качестве критериев оценки эффективности лечения и качества ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. *Любаева, Е.В.* Взаимопроникновение эпидемий социально значимых заболеваний / Е.В.Любаева, Н.А.Должанская // Здоровье основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2011. №1 (6). С.33—39.
- 2. *Крупицкий, Е.М.* Коморбидность наркологических и инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области / Е.М.Крупицкий, Э.Э.Звартау, Д.А.Лиознов // Социально значимые болезни в Российской Федерации. М., 2006. C.286–290.
- 3. Илюк, Р.Д. Программа комплексной терапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных: методические рекомендации / ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева» Мин. здрав. и соц. разв. Рос. Фед.; авт.-сост. Р.Д.Илюк, Е.М.Крупицкий, А.М.Шишкова. СПб, 2012. 44 с.
- 4. *Бузина, Т.С.* Многоуровневое исследование внутренней картины болезни больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным вирусным гепатитом С / Т.С.Бузина, Т.В.Подосинова // Вопросы наркологии. −2010. − №5. − С.76–83.
- 5. Сиволап, Ю.П. Патогенез психопатологических проявлений опиоидной зависимости: дуалистическая модель / Ю.П.Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии. -2006. -N1. -C.70-72.
- 6. *Сиволап, Ю.П.* К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств / Ю.П.Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии. -2007. -№11. -C.4–6.
- 7. *Сиволап, Ю.П.* Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П.Сиволап, В.А.Савченков. М.: «Медицина», 2005. 304 с.
- 8. Надлежащая клиническая практика: ГОСТ Р 52379-2005. Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации [Элект-

- ронный ресурс]. 2005. Режим доступа: http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm. Дата доступа: 22.11.2014.
- Ненастьева, А.Ю. Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике / А.Ю.Ненастьева, Г.Л.Гуревич, Е.О.Бойко // Наркология. – 2007. – №2. – С.32–37.
- 10. Мінко, О.О. Інформативність та діагностична значущість результатів психодіагностичного обстеження як маркерів залежності від опіоїдів / О.О.Мінко // Український вісник психоневрологіі. 2009. Т.17, вип. 2 (59). С.35—39.
- 11. *Ware, J.E. Jr.* The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection / J.E.Ware Jr, C.D.Sherbourne // Medical care. 1992. V.30 (6). P.473–483.
- 12. *Новик, А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И.Ионова. СПб: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. 320 с.
- 13. *Derogatis, L.R.* SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale Preliminary report / L.R.Derogatis, R.S.Lipman, L.Covi // Psychopharmacology Bulletin. 1973. V.9 (1). P.13–27.
- 14. *Тарабрина, Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
- Бойко, Е.О. Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости / Е.О.Бойко // Наркология. – 2008. – №9. – С.61–69.
- 16. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией: методические рекомендации / В.В.Чирко [и др.] / ФГУ Национальный научный центр наркологии Росздрава, ГОУ Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Росздрава. М., 2005. 15 с.
- 17. *Бохан, Н.А.* Ранняя профилактика и необилитация больных опийной наркоманией / А.А.Бохан, А.Л.Катков, Ю.А.Россинский. Павлодар, 2005. 287 с.
- 18. 5 HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users // Clinical Protocol for the WHO European Region. – 2006. – 84 p.
- 19. *Клименко, Т.В.* Синдромокинез патологического влечения к опиоидам / Т.В.Клименко, А.С.Субханбердина // Наркология. 2002. №11. С.31–33.

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF HIV-POSITIVE PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE USING PSYCHODIAGNOSTIC COMPLEX

¹ E.P.Stanko, ² A.P.Gelda

- ¹ Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus
- ² Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Republic of Belarus

Results of assessment of opioid dependence treatment in HIV-positive (HPP) and HIV-negative (HNP) patients before and after the treatment, at the stage of remission formation and stabilization with use of the tests' battery have been presented in this article. Totally 820 patients were examined. Levels of social functioning, quality of life, severity of psychopathological symptoms and craving for narcotic substances have been assessed. Changes were detected in parameters of patients' social functioning, quality of life, pathological craving for substances and symptoms severity before and after the treatment, 1, 3, 6 and 12 months after beginning of observation period. Study results reveal the presence of more severe violations in HPP compared with HNP. It was found that the treatment itself can reduce the level of problems associated with drug use and HIV-infection. Nevertheless, the short-term therapeutic course allows to achieve clinical improvement only rather than to stabilize psychosomatic state of HIV-positive patients with opioid dependence. This fact confirms the need in development of therapeutic strategy for HPP taking into account their expectations, including long-term complex therapeutical and rehabilitative programs.

Keywords: Republic of Belarus; HIV-infection; opioid dependence; HIV-positive patients with opioid dependence; HIV-negative patients with opioid dependence; assessment of treatment effectiveness; level of social functioning; parameters of quality of life; presence of psychopathological symptoms; pathological craving for narcotic substances.

Поступила 08.12.2015 г.