

Опийная наркомания, ассоциированная с вирусным гепатитом «В» и «С» (клинико-динамический аспект)

САВОНОВА И.В.

ассистент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии
Амурской государственной медицинской академии, Благовещенск

В результате исследования 91 больного опийной наркоманией, сочетанной с вирусным гепатитом (ВГ) «В» и «С» выделены клинико-психопатологические особенности опийной наркомании у данной категории больных. Проанализированы клинико-динамические особенности опийной наркомании в зависимости от клинической формы ассоциированного с ней вирусного гепатита. Обнаружено, что опийная наркомания, ассоциированная с ВГ «В» и «С», сохраняет традиционный стереотип своего развития, однако ее динамика, а также феноменология фазных наркоманических состояний и стойких психических расстройств имеют особенности, которые определяют клиническую активность ВГ.

Ведение

На территории Приамурья, как и во всем Дальневосточном регионе, в последние годы отмечается рост потребителей наркотиков, в анамнезе которых зафиксирован факт перенесенного ВГ. В последние годы эта проблема вызывает закономерный интерес у исследователей, поскольку на примере многих форм коморбидной психической патологии было показано ее влияние на клинический патоморфоз наркоманий [1, 2, 3]. Наиболее распространенной является точка зрения, что сопутствующая психическая и соматическая патологии способствуют более быстрому формированию наркомании, утяжеляют ее течение, обуславливают появление грубых поведенческих расстройств, более быстрое развитие личностного дефекта, развитие не свойственных неосложненным формам опийной зависимости психотических состояний [8, 9, 10, 11, 12]. Особенностью опийной наркомании, сочетанной с ВГ, является то, что в этих случаях формирование клиники наркомании определяется не только токсическими эффектами употребляемого наркотического вещества, но и функциональными и органическими расстройствами вследствие органной патологии [3, 7]. Наряду с этим токсическое поражение внутренних органов по механизму патологического синергизма усиливается имеющейся соматической патологией, что в свою очередь, не может не влиять на метаболизм наркотика, а значит, и на клиническую картину наркомании в целом.

Материал и методы исследования

Обследован 91 больной опийной наркоманией, ассоциированной с ВГ (основная группа), и 14 больных опийной наркоманией без ВГ (контрольная группа). Среди всех обследованных — 83 мужчины (79,05%) и 22 женщины (20,95%) в возрасте от 20 до 34 лет. Все больные в 1999—2003 гг. находились на стационарном лечении в Областном психоневрологическом диспансере г. Благовещенска (63 чел.), куда они были госпитализированы в связи с опийным абстинентным синдромом (ОАС) или с развившимся у них острым психозом в структуре опийной наркомании, а также в Областной инфекционной больнице г. Благовещенска (42 чел.), где они находились для лечения ВГ.

В зависимости от клинической формы ВГ обследованные основной группы были разделены на 2 подгруппы:

подгруппа 1 — больные с латентными (субклиническими) формами ВГ (49 чел.);

подгруппа 2 — больные с активными (манифестными) формами ВГ (42 чел.).

Основные методы исследования — клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-биохимический, экспериментально-психологический, клинико-статистический. В качестве дополнительных для объективизации состояния больных на различных этапах заболевания использовались сомато-неврологическое и некоторые параклинические исследования. При оценке психосоматического состояния больных и сравнительном анализе эффективности лечения использовалась шкала общего клинического впечатления (S. Bazire, 1996).

Для соблюдения принципа однородности клинического материала в исследование включались больные только 2-й стадии опийной наркомании. Для всех больных основной группы обязательными были положительные результаты на маркеры ВГ при серологическом исследовании. Наряду с этим при диагностике ВГ учитывались клинические проявления заболевания, результаты биохимических и иммунологических исследований.

У больных подгруппы 1 в 53,06% диагностирован ВГ «В» (ВГВ), в 28,57% — ВГ «С» (ВГС) и в 18,36% — сочетанное поражение (ВГВ+ВГС). У них наблюдалось бессимптомное течение ВГ (53,1%), либо легкая форма ВГ (46,9%), характеризующаяся общим удовлетворительным состоянием, быстрым исчезновением желтушности кожи (через 1—2 недели) либо ее отсутствием, отсутствием гипертермии, геморрагических проявлений, повышением билирубина до 100 мкмоль/л, снижением протромбинового индекса не более 70%.

У больных подгруппы 2 одинаково часто наблюдалось сочетанное поражение печени (ВГВ+ВГС, 38,1%), ВГВ (33,4%) и ВГС (28,5%). У них чаще диагностировалось среднетяжелое течение ВГ, характеризовавшееся симптомами интоксикации (слабость, нарушения сна, анорексия, тошнота, рвота, гипертермия до субфебрильных величин), умеренным увеличением печени, билирубинемией более 100 мкмоль/л, протромбиновым индексом более 60, но меньше 75%.

Инфицирование ВГ чаще происходило на фоне сформированной зависимости (78,16%), реже — на этапе поискового полинаркотизма (21,84%).

Результаты исследования

Как показало проведенное исследование, у больных ВГ опийная наркомания сохраняла традиционный стереотип своего развития, однако ее динамика и феноменоло-

гия фазных состояний и стойких психических расстройств имели клинические особенности, выраженность которых определялась клинической активностью ВГ.

Состояния острой интоксикации сохраняли традиционно описываемые фазы [5, 6], однако по сравнению с лицами контрольной группы, а также по мере увеличения тяжести ВГ (субклиническая > манифестная форма) в структуре острой опиоидной интоксикации все реже развивались приподнятый фон настроения, эйфория, психомоторное оживление, конфликтность, дисфории кожный зуд, респираторные расстройства при одновременном нарастании двигательной заторможенности, транзиторной тревоги или аффекта тоски, субъективно неприятных висцеральных ощущений, головных болей и головокружения.

У больных контрольной группы ОАС развивался через 7–8 (42,85%); 8–10 (57,14%) ч после последней инъекции наркотика. У больных ВГ сроки развития ОАС укорачивались: в подгруппе 1 через 7–8 ч, в подгруппе 2 — через 6–7 ч.

На первом этапе развития ОАС по мере нарастания тяжести ВГ все чаще наблюдались физическая слабость и повышенная утомляемость, гипергидроз (по подгруппам 1 и 2 соответственно 65,3%; 92,85%), эпигастральный симптомокомплекс (26,53%; 61,9%), эпигастральные боли (36,73%; 52,38%), что не отмечалось у лиц контрольной группы. В то же время слезотечение, ринорея, часто выявляемые у лиц контрольной группы (35,71%), у больных основной группы отмечались реже (16,32%; 14,28%).

Во второй фазе ОАС у больных основной группы достоверно чаще наблюдались тошнота (контрольная группа 13,78%, подгруппа 1 — 26,53%; подгруппа 2 — 61,9%), анорексия (21,42; 24,48; 73,8% соответственно), гипергидроз (21,42; 65,3; 92,85% соответственно), физическая слабость и повышенная утомляемость (64,28; 100; 100% соответственно). Если мышечный дискомфорт у лиц контрольной группы наблюдался в 64,28% случаев, то у лиц основной группы — в 100%.

Основной признак третьей фазы ОАС — алгический синдром — в контрольной группе больных развивался к концу вторых суток отмены наркотика (более 36 ч), а у больных основной группы — через 18–20 ч. Одновременно по мере появления и утяжеления клинических проявлений ВГ нарастала неусидчивость (контрольная группа 28,57%; подгруппа 1 — 65,3%; подгруппа 2 — 66,6%), появлялась совсем не наблюдавшаяся в контрольной группе гипертермия (0; 57,14; 71,42% соответственно), наблюдались достоверное учащение чувства мышечного дискомфорта (64,28; 93,87; 100% соответственно), апатия и адинамия (21,42, 42,85, 80,95% соответственно) при одновременном уменьшении частоты дисфорий (71,42; 63,26; 57,14% соответственно).

Присоединение диспепсических расстройств характеризовало четвертую фазу ОАС, которая развивалась в конце вторых суток. При этом у 24,76% основной группы отмечена однократная рвота в сочетании с редким жидким стулом. В остальных случаях характер диспепсии был более выраженным. Отмечалось резкое снижение аппетита, достигающее степени анорексии (23,71; 69,56; 87,69% соответственно), отвращение к запаху никотина с выраженным рвотным рефлексом на выкуренную сигарету (8,45; 32,65; 42,86% соответственно), вздутие живота и боли по ходу кишечника (5,94; 37,14; 51,95% соответственно).

На фоне ВГ в структуре опиоидного ОАС нарастали астено-невротические расстройства, выраженность и частота которых коррелировали с нарастанием тяжести ВГ: тревожная ипохондрия (контрольная группа 21,42%; подгруппа 1 — 48,97%; подгруппа 2 — 71,42%), адинамия (0; 42,85; 76,19% соответственно), эмоциональная лабильность (14,28; 20,4; 7,14% соответственно), чувство безысходности с пессимистическими высказываниями (0; 57,14; 76,19%), суицидальные мысли (0; 8,16; 11,9%), фобические реакции (0; 20,4; 42,85%). Заметно реже развивались эмоциональные и поведенческие расстройства стенического типа: дисфории (100; 65,3; 26,67%), брутальность аффекта (78,57; 28,57; 23,8%), повышенная раздражительность (100; 79,6; 61,9%), негативизм и бравада (57,14; 10,2; 14,28%).

Патологическое влечение к наркотику в рамках ОАС по мере утяжеления ВГ характеризовалось углублением и расширением вегетативного компонента, в первую очередь, вследствие гипергидроза (контрольная группа 28,57%; подгруппа 1 — 85,71%; подгруппа 2 — 90,47%) и дермографизма (35,72; 40,81; 69,45%). В структуре аффективного компонента патологического влечения все чаще выявлялась тревога (14,28; 61,22; 88,1%), истероформные расстройства (21,42; 28,57; 59,52%) и все реже дисфорические проявления (85,71; 35,71; 28,57%). Одновременно нарастали агрипнические (28,57; 30,1; 38,77%) и иллюзорные (0; 26,19; 32,65%) расстройства, учащался плацебо эффект (21,42; 35,71; 51,02%), сны с наркотической тематикой (50; 89,79; 95,23%).

Наряду с этим в основной группе больных в состоянии ОАС наблюдались проявления общеинтоксикационного синдрома, выраженность которого также нарастала по мере утяжеления клиники ВГ: общая слабость и утомляемость (по подгруппам 43,86%; 95,23%), снижение аппетита, тошнота (41,9%; 88,1%), чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм (40%; 71,42%), непостоянный субфебрилитет (26,71%; 64,28%), зуд кожи (9,52%; 30,95%), гепатомегалия (46,15%; 100%). Увеличение печени было незначительным на 1,0–1,5 см ниже края реберной дуги, при пальпации консистенция печени плотная.

Основные параметры биохимического статуса больных основной группы в состоянии ОАС также коррелировали с тяжестью ВГ. Содержание общего билирубина у больных с субклиническим течением ВГ $86,2 \pm 26,7$ мкмоль/л, у больных манифестными формами ВГ — $123,7 \pm 51,4$ мкмоль/л. При выписке из больницы после лечения показатели общего билирубина приближались к норме (по подгруппам 32,4 мкмоль/л; 54,6 мкмоль/л).

По сравнению с контрольной группой ($49,8 \pm 1,34$ мкм/л/ч) у больных основной группы наблюдалось значительное повышение уровня активности трансаминаз ($509,5 \pm 35,4$ мкм/л/ч — АСТ; $1033,9 \pm 24,74$ мкм/л/ч — АЛТ;), при манифестных формах ВГ отмечено еще более значительное повышение активности АСТ и АЛТ ($1033,9 \pm 24,74$ мкм/л/ч; $1158,7 \pm 32,374$ мкм/л/ч).

У всех больных основной группы отмечено снижение показателя протромбинового индекса: в подгруппе 1 — до 72%, в подгруппе 2 — до 64%.

У 10 больных основной группы (10,98%) на 2–4-е сутки синдрома отмены наблюдались кратковременные (1–2 сут., в среднем $7,5 \pm 1,9$ ч) психозы делириозной структуры (нарушение ориентировки во времени и ситуации, зрительные галлюцинации, психомоторное возбуж-

дение). Они развивались в вечерне-ночное время, характеризовались доброкачественным течением без развития соматических и неврологических осложнений. Во всех случаях психозы развивались в структуре ОАС и на фоне его купирования с использованием лекарственных средств холинолитической активности (нейролептики фенотиазинового ряда, трициклические антидепрессанты), что позволяет считать основным этиопатогенетическим фактором их развития общемозговую дисфункцию вследствие общеинтоксикационного синдрома инфекционного генеза в сочетании с неадекватной терапией [7].

В постабстинентном состоянии (Винникова М.А., 2003) по мере нарастания активности ВГ (контрольная группа < подгруппа 1 < подгруппа 2) наблюдалось учащение ипохондрических расстройств (7,14; 75,51; 76,19%), пассивности (0; 51,1; 71,42%), астенической апатии (14,28; 38,09; 42,85%), замкнутости и отгороженности (0; 30,95; 40,81%), повышенной утомляемости и истощаемости (28,57; 71,42; 90,47%), истерических реакций (21,42; 52,38; 55,1%) при одновременном уменьшении психических расстройств стенического круга: дисфории (100; 69,04; 65,3%), аффективной брутальности (71,42; 18,36; 16,66%), повышенной конфликтности и раздражительности (100; 79,59; 54,76%).

Одновременно увеличивалась частота соматовегетативных расстройств (42,85%; 55,1%; 92,85%): отсутствие аппетита, тошнота и чувство тяжести в эпигастральной области и в области правого подреберья, повышенная потливость, неустойчивость артериального давления с тенденцией к гипотонии, тахикардия, преходящее чувство неудобства в мышцах, субфебрилитет в вечерние часы, блеск глаз, расширение зрачков, профузная потливость, стойкая агриппия, увеличение печени, явления обезвоживания.

На этапе неустойчивой ремиссии у всех обследованных отмечались аффективные колебания, личностные расстройства, астеническая симптоматика, когнитивные нарушения. У больных основных подгрупп наряду с этим выявлялись соматическая и психическая астения, интеллектуально-мнестические нарушения. У больных подгруппы 1 отмечались также истеро-возбудимое поведение с эксплозивностью, у больных подгруппы 2 — обсессивно-фобические расстройства, астеническая замкнутость, пассивность, угасание интересов.

Вне фазных состояний у обследованных основных подгрупп в соматическом статусе отмечалась длительно сохраняющаяся анорексия (0%; 26,53%; 69,04%), дряблость кожных покровов и их землистый оттенок (42,85%; 67,34%; 57,14%), дефицит массы тела (28,57%; 61,22%; 83,3%), обострение хронических соматических заболеваний (21,42%; 48,97%; 52,38%) с их злокачественным течением (0%; 8,16%; 21,42%), идеопатический субфебрилитет (0%; 30,61%; 26,19%).

Психические расстройства вне фазных наркоманических состояний у всех больных отличались полиморфностью. В основных группах чаще, чем в контрольной, наблюдалось эмоциональное уплощение (контрольная группа 42,85%; подгруппа 1 — 85,71%; подгруппа 2 — 83,33%), астеническая замкнутость и отгороженность (0%; 61,22%; 54,76%), истерические расстройства (28,57%; 42,85%; 35,71%), гипобулия (0%; 53,06%; 40,47%), тревожно-фобические (34,26%; 44,89%; 73,8%), астеноипохондрические (48,78%; 75,51%; 52,38%) нарушения, обсессивно-фобические (21,87%; 26,53%; 45,23%) и паранойяльные (10,19%; 14,28%; 21,42%) расстройства.

С помощью индивидуального типологического опросника, разработанного Л.Н.Собчик (1999) для лиц подгруппы 1 получены высокие показатели по шкале тревожности, эмотивности (лабильности) и интраверсии. Наряду с этим у больных в подгруппе 2 увеличивались показатели по шкале спонтанности. У них выявлена социальная пассивность, базирующаяся на интравертированности, эмоционально лабильный и тревожный стиль поведения.

Результаты методики «заучивание 10 слов» (Лурия А.Р.) показали прогрессивное снижение различных функций памяти: ослабление фиксации (0%; 6,12%; 23,8%), репродуктивной памяти (14,28%; 26,53%; 61,9%). Для больных основных групп выявлены не наблюдавшиеся у лиц контрольной группы обстоятельность и торпидность мышления (30,61%, 45,23%). Напротив, поверхностность и легковесность суждений, гипнозогнозия встречались чаще в контрольной группе больных (92,85%). Нарушения концентрации внимания, истощаемость при интеллектуальной деятельности чаще наблюдались у больных основных подгрупп (93,87% и 100%) по сравнению с лицами контрольной группы (35,71%).

Таким образом, результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствовали о наличии у больных опийной наркоманией, сочетанной с ВГ, органического снижения уровня личности.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что опийная наркомания, ассоциированная с ВГ «В» и «С», сохраняет традиционный стереотип своего развития, однако ее динамика, а также феноменология фазных состояний и стойких психических расстройств имеют особенности, которые определяются клинической активностью ВГ.

В структуре острой интоксикации опиатами по мере нарастания тяжести ВГ (субклиническая > манифестная форма) все реже наблюдаются приподнятый фон настроения, эйфория, психомоторное оживление, конфликтность, дисфории, кожный зуд, респираторные расстройства при одновременном нарастании двигательной заторможенности, транзиторной тревоги, аффекта тоски, субъективно неприятных висцеральных ощущений, головных болей и головокружения.

Клинически ОАС у больных ВГ отличается более тяжелым течением: укорачиваются сроки его развития; с одновременным увеличением продолжительности; в его структуре доминирует клинически выраженный эпигастральный симптомокомплекс с анорексией и диспепсией, а также астеновегетативные расстройства, все реже наблюдаются эмоциональные и поведенческие нарушения стенического круга.

Развивающиеся в период ОАС острые психозы имеют делириозную структуру, отличаются доброкачественным течением, основными этиопатогенетическими факторами их развития являются общемозговая дисфункция вследствие общеинтоксикационного синдрома инфекционного генеза в сочетании с терапией лекарственными средствами холинолитической активности.

На фоне ВГ удлиняется период постабстинентных расстройств. По мере утяжеления клинических проявлений ВГ в структуре постабстинентного синдрома все больше начинают преобладать эмоционально-волевые нарушения

астенического круга с одновременным нивелированием эмоционально-волевых расстройств стенического типа.

Стойкие расстройства личности и поведения в рамках опийной наркомании, ассоциированной с ВГ, характеризуются астеноневротическими и неврозоподобными нарушениями, эмоциональным уплощением, высокими показателями по шкале тревожности, эмотивности и интроверсии, что существенно усугубляет характерные для больных опийной наркоманией дезадаптивные свойства личности. Развивающийся при ВГ общеинтоксикационный синдром существенно трансформирует типичный для опийной наркомании личностный дефект вследствие привнесения характерных органических изменений: мнестические расстройства, обстоятельность и торпидность мышления, нарушения концентрации внимания, повышенная истошаемость психических процессов.

Список литературы

1. Гиленко М.В. Опиоидная наркомания у больных шизофренией (клинический, судебно-психиатрический аспекты). Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2004. — 20 с.
2. Казутина Е.В. Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2004. — 17 с.

3. Котов С.В. Особенности героиновой наркомании у больных с вирусным гепатитом // Вопросы наркологии. — 2002. — № 5. — С. 32–36.

4. Найденова Н.Г., Куликов В.В. Клиника, диагностика и лечение патологического влечения к наркотикам у наркоманов: Методические рекомендации. — М., 1980. — 26 с.

5. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л., 1975. — 334 с.

6. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. — 554 с.

7. Сиволап Ю.П. Психопатология опиоидной зависимости. — Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 2004. — 36 с.

8. Стрелец Н.В., Уткин С.И. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов, развивающихся в ходе стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. — 1998. — №2. — С. 19–22.

9. Khantzian E.J., Wilson A. Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering/ Hierarchical conceptions in psychoanalysis. New York: Guilford Press. — 1993.

10. Lowe A. The stigma attached to substance misuse. //Practice Nurse. — 2000. — Vol. 19, №9. — P. 436-441.

11. Rawson R.A., Washton A., Domier C.P., Reiber C. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender // J. Subst. Abuse Treat. — 2002. — Vol.22, №2. — P.103-108.

12. Roche H. The addiction process. Health communications. — Florida, 1989.

OPIMUM DEPENDENCE SYNDROME ASSOCIATED WITH VIRAL HEPATITIS B AND C

SAVONOVA I.V.

Assistant with the Chair of Psychiatry, Narcology
and Clinical Psychology in Amursk State Medical Academy.

The study of 91 patients suffered from opium dependence syndrome associated with viral hepatitis B and C have resulted in revealing the clinical psychopathological peculiarities of opium dependence syndrome in these patients. The clinical and dynamics characteristics of opium abuse depending on the associated form of viral hepatitis have been analyzed. It has been found that opium dependence syndrome associated with viral hepatitis B and C retains traditional stereotype of its development. Nevertheless its dynamics and phenomenology of phase conditions as well as stable mental disturbances have its own peculiarities that are defined by clinical activity of viral hepatitis.