

Наркологические аспекты ВИЧ-инфекции

ЧИРКО В.В.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой наркологии ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва;
119879, Москва, ул.Ставропольская, д. 27, корп. 7, тел.: (495) 357-4201, (495) 350-1775

БАРИНОВ А.М.

к.м.н., доцент кафедры наркологии ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва

ДЕМИНА М.В.

д.м.н., доцент кафедры наркологии ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Специального изучения новой проблемы для отечественной клиники — влияния ВИЧ-инфекции на основные психопатологические синдромы наркомании и алкоголизма, — до настоящего времени не проводилось. Описана патопластика стержневых синдромов наркомании и, в первую очередь, синдрома патологического влечения. Детализирована специфика синдрома лишения. Приводятся данные об изменении всего стереотипа течения наркотической и алкогольной аддикции, осложненной ВИЧ-инфекцией, о характере и скорости наступления энцефалопатии, неврологических и соматических поражений.

Ключевые слова: наркомания, алкоголизм, ВИЧ-инфекция, психопатологический синдром, внутренняя картина болезни

Актуальность проблемы

Проблема ВИЧ-инфекции и аддиктивных (наркологических) болезней представляет собой единый комплекс, угроза которого в современных условиях все более растет.

В Москве в течение 2003—2006 гг. из 3 тыс. обследованных больных различными формами наркоманий, 12,4% обнаружили ВИЧ-положительный статус [6, 11, 12]. При этом риск заражения ВИЧ-инфекцией возрастал по мере длительности употребления наркотиков: лица, употребляющие героин в течение 7 лет или дольше, оказались поражены ВИЧ-инфекцией в 3,4 раза больше, чем употребляющие менее 6 лет. Динамика ВИЧ-инфекции в России абсолютно совпадает с динамикой «героиновой экспансии»: до 1994 г. и та, и другая были представлены единичными случаями, затем до 2001 г. — резкий подъем, а далее — определенное снижение числа новых случаев заболевания.

Патологические изменения в ЦНС обнаруживаются у 75—90% ВИЧ-инфицированных больных [3, 5, 7, 19, 33].

Как указывают отечественные и зарубежные авторы [2, 5, 8, 10, 26, 30], психические расстройства, связанные с ВИЧ-инфекцией, включают в себя деменцию, депрессию, изменения личности, острые психозы, маниакальные картины.

ВИЧ-энцефалопатия (ранее называемая комплекс СПИД — деменция, хотя это заболевание выявляют и у пациентов без диагностических критериев СПИДа) представляет собой наиболее частое поражение ЦНС. Некоторые авторы считают ВИЧ-1 непосредственным возбудителем этого синдрома [25, 27, 30, 31].

Помимо соматической патологии, угрожающей физическому существованию, ВИЧ-инфекция является для наркологических больных еще и очень мощным психогенно-стрессорным фактором, вызывающим разнообразные патологические личностные реак-

ции. Их содержание отражает многие трудноразрешимые проблемы: необходимость скрывать наличие вирусной инфекции и одновременно раскрыть положительный серологический статус, переживание «социального клейма» — стигматизация и дискриминация, социальная изоляция, трудности сексуального функционирования, межличностных отношений, планирования семьи, трудоустройства; наличие суицидальных мыслей [1, 2, 6, 33].

Клинический феномен отрицания болезни или приуменьшения ее тяжести и связанный с этим отказ от лечения можно наблюдать при многих тяжелых заболеваниях [6, 9, 10, 22]. Он свойственен онкологическим больным, больным диабетом, тяжелой сердечной и почечной недостаточностью и др. К таким болезням принадлежат алкоголизм, наркомании и ВИЧ/СПИД [21, 22].

Хотя об отягчающем влиянии вирусной патологии на течение наркологических заболеваний известно давно, специального изучения этой новой для отечественной клиники проблемы — влияния ВИЧ-инфекции на основные проявления наркомании и алкоголизма, — до настоящего времени не проводилось.

Не описана патопластика стержневых синдромов наркомании и, в первую очередь, синдрома патологического влечения. Не детализирована специфика синдрома лишения. Нет данных об изменении всего стереотипа течения наркотической и алкогольной зависимости, осложненной ВИЧ-инфекцией, о характере и сроках появления психопатологических нарушений, неврологических и соматических поражений. Указанные обстоятельства определили цель и задачи предпринятого нами исследования.

Цель работы — изучение клиники и течения наркотической и алкогольной аддикции у ВИЧ-инфицированных больных для разработки дифференцированной терапии.

Объект и методы исследования

Нами были изучены 100 пациентов, 60 мужчин и 40 женщин, в возрасте от 27 до 48 лет (в среднем $32,4 \pm 5,5$ года), поступавших на стационарное лечение в клинику ННЦН и НБ №17 в 2002—2008 гг. по поводу коморбидных психических расстройств: аддикции, вызванной злоупотреблением алкоголем, опиатами и ВИЧ-инфекцией.

Зависимость от опиатов (героина, кустарно приготовленных опийных производных, метадона) обнаруживали 65 пациентов (40 мужчин и 25 женщин), зависимость от алкоголя — 35 пациентов (20 мужчин и 15 женщин). Деление это, однако, достаточно условно, поскольку подавляющее большинство пациентов имело в анамнезе как сформированную наркоманию, так и алкоголизм. Речь шла лишь о том, какой вид аддикции обнаруживал пациент в момент текущей госпитализации.

Давность сформированной зависимости от наркотиков была не менее 5 лет, от алкоголя — более 5 лет. Давность ВИЧ-инфекции (от момента официально подтвержденного факта наличия антител в организме) — не менее 3 лет. Все больные поступали на лечение неоднократно (учитывая госпитализации в другие наркологические стационары).

Основным методом исследования был клинико-психопатологический с последующим катamnестическим наблюдением. Катamnестические данные до 4 лет получены для 25 пациентов.

Результаты исследования

Проведенное исследование показало, что на разных стадиях ВИЧ-инфекции могут развиваться различные, как острые, так и затяжные, психические нарушения.

Основными психопатологическими синдромами при ВИЧ/СПИДе оказались:

- астения;
- депрессия;
- энцефалопатия;
- атипичная мания;
- нарушения сознания.

Острые психические расстройства, развивающиеся у наркологических пациентов при присоединении ВИЧ-инфекции, составляли определенный круг психопатологических синдромов, к которому относились: астенические, аффективные, психопатоподобные, деперсонализационные, галлюцинаторно-бредовые синдромы, синдромы помрачения сознания, органический психосиндром. Острые психические расстройства носили преходящий, нестойкий характер и не отличались структурной сложностью.

Затяжные психические нарушения в связи с ВИЧ-инфекцией помимо астенических, аффектив-

ных, психопатоподобных, деперсонализационных и параноидных, включали в себя проявления депрессии, атипичной мании, энцефалопатии.

Как острые, так и затяжные психопатологические синдромы, возникающие в связи с ВИЧ-инфекцией, естественно, отражали в своем содержании полиморфные реакции личности на болезнь.

Астенический синдром

Он выступал у наблюдавшихся нами больных как самый частый, типичный, стержневой или сквозной синдром при расстройствах, связанных с ВИЧ-инфекцией. В случаях возникновения острого психотического состояния (у 19 пациентов) астенический синдром был наиболее частым начальным проявлением, а также и завершающим.

Астенические состояния чрезвычайно полиморфны, но типичными и постоянными проявлениями были: повышенная утомляемость, иногда с самого утра; трудность концентрирования внимания; замедление восприятия. Характерны также эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекаемость. Больные не переносили даже незначительное эмоциональное напряжение, быстро уставали, огорчались из-за любого пустяка. Характерна также гиперестезия, выражающаяся в непереносимости резких раздражителей: громких звуков, яркого света, запахов, прикосновений. Иногда гиперестезия была настолько выраженной, что больных раздражали даже негромкие голоса, обычный свет, прикосновение белья к телу. Такую повышенную утомляемость в сочетании с лабильностью аффекта и гиперестезией можно было обозначить как состояние гиперестетически-эмоциональной слабости.

На астеническом фоне часто имели место непроизвольное возникновение различных, подчас очень ярких, образных воспоминаний, фантазирование.

Типичны были разнообразные нарушения сна. Сон становился поверхностным, тревожным, с неприятными, иногда устрашающими сновидениями. Трудны были как засыпание, так и пробуждение. Возникала утрата чувства сна. Отсутствовало чувство отдыха после сна. Характерна была сонливость днем, иногда в виде непрерывного дремотного состояния.

У подавляющего большинства пациентов (57 чел.) наблюдались легкие мнестические расстройства, преимущественно в виде трудностей запоминания.

Помимо астении в чистом виде довольно часто встречались ее сочетания с депрессией (у 32 чел. — 17 мужчин и 15 женщин), тревогой (32 чел. — 17 мужчин и 15 женщин), навязчивыми страхами, ипохондричностью (13 чел. — 8 мужчин и 5 женщин).

Глубина астенических расстройств обычно была связана с тяжестью основного соматического наруше-

ния. При утяжелении общего состояния нарастали вялость, безучастность, доходящая иногда до так называемой астенической спутанности, которая приближается к аментивноподобному состоянию. О тяжести общего состояния свидетельствовало сочетание астении с оглушением. Больные были полностью безразличны к окружающему, аспонтанны, не могли осознать обращенной к ним речи. При такой глубокой астении у нескольких больных (у пяти мужчин и четырех женщин) наступало преходящее состояние, которое можно было определить как апатический ступор.

Клиника астенических расстройств при ВИЧ-инфекции у 46 наблюдавшихся пациентов (24 мужчины и 22 женщины) внешне тоже напоминала невротическую. Естественно, что переживание болезни и всего с нею связанного представляло собой значительный психотравмирующий фактор, формирующий невротическую симптоматику. Вместе с тем, подобные состояния возникали у 22 больных и, в отсутствие психогенных воздействий, как собственно соматогенная патология. Это наблюдалось как на начальных этапах заболевания, в так называемый додиагностический период, так и при нарушенной нозогнозии в отношении уже обнаруженного заболевания, у 34 пациентов и при тяжелых постинтоксикационных и абстинентных состояниях, когда личностные реакции нивелировались и подавлялись вследствие резко выраженных явлений психической и физической астении. Такие расстройства обычно называют *неврозоподобными*. Они напоминали астенический либо фобический невроз, реже истерический. В отличие от невротических, неврозоподобные состояния были рудиментарными, нестойкими, неоднородными («амальгамными»). Довольно часто (у 17 больных) связанные с ВИЧ-инфекцией неврозоподобные состояния выступали как ипохондрические расстройства, обычно также не доминирующего, а эпизодического характера. В чистом виде они были нечасты, обычно сочетаясь с собственно невротическими реакциями, а также с сенестопатиями.

Неврозоподобные симптомы выступали у 27 больных выражением не только собственно аддитивного расстройства, но и развивающегося психоорганического синдрома. В таких случаях к ним присоединялись нерезко выраженные диффузные неврологические знаки, вегетативные пароксизмы, нарушения схемы тела, дисфорические оттенки настроения.

Аффективные синдромы

Они характеризовали клиническую картину наркологического заболевания с ВИЧ-ассоциированной патологией уже более глубокого регистра поражения. Типичными здесь были дистимические нарушения, в первую очередь депрессия в ее различных вариантах. В отношении особенностей депрессивных состояний

здесь важно учитывать следующие принципиальные положения:

1. Депрессивные расстройства у соматических больных имеются почти постоянно и включены в структуру ведущего при тяжелой соматической патологии астенического синдрома;

2. Собственно депрессивный синдром развивается только на определенных этапах болезни, преимущественно в виде атипичной (из-за соматогенных влияний) реактивной депрессии, чаще — при наличии характерологических сдвигов;

3. Возможность развития собственно соматогенной депрессии, т.е. синдромологически очерченного депрессивного расстройства, обусловленного воздействием только лишь соматогенного фактора, весьма спорна из-за ее атипичности;

4. Сложное переплетение соматогенных, психогенных и личностных факторов в генезе депрессивной симптоматики определяет значительные колебания доли каждого из них в зависимости от характера и этапа соматического поражения.

В целом же при прогрессировании тяжести соматического поражения роль психогенных и личностных факторов в формировании депрессивной симптоматики вначале увеличивается, а затем, при дальнейшем утяжелении соматической патологии и, соответственно, при углублении астении, — существенно уменьшается. Важно подчеркнуть, что патогенность психотравмирующих влияний, связанных со спецификой соматического поражения и методов лечения, во многом зависит от содержания внутренней картины болезни. Формирование же последней во многом определяется личностными факторами.

Картина депрессивных расстройств, развивающихся в структуре астенического синдрома, зависит от особенностей астении, что, в свою очередь, связано с тяжестью соматического поражения, этапов его течения и методов лечения.

По мере утяжеления соматической патологии депрессивные расстройства, вначале близкие по своей структуре к невротическим и сочетающиеся, как правило, с другими невротическими жалобами, затем приобретают психопатический, а далее психоорганический оттенок.

Прогрессирование соматической патологии, длительное ее течение, формирование хронической энцефалопатии постепенно трансформирует тоскливую депрессию в депрессию дисфорическую, с ворчливостью, недовольством окружающим, придирчивостью, требовательностью, капризностью. В отличие от раннего этапа, тревога не постоянна, а возникает обычно в периоды ухудшения соматической симптоматики. При выраженной энцефалопатии, часто на фоне дистрофических явлений, в структуре астенического синдрома нарастают адинамия и апатия с угнетенностью, безучастностью к окружаю-

цему и самому себе. Однако при этом нередко сохраняются дисфорический оттенок настроения, склонность к возникновению примитивных реакций с гневливостью, громким плачем. В период значительного ухудшения соматического состояния возникают приступы тревожно-тоскливого возбуждения, на высоте которых возможны суицидальные действия.

Депрессии при относительно благоприятном соматическом состоянии характеризуются подавленностью, плаксивостью, тревогой за будущее, идеями самообвинения за недостаточное внимание в прошлом к своему здоровью.

При утяжелении состояния на фоне выраженной астении с резкой истощаемостью появлялась тенденция к игнорированию болезни вплоть до отказа от лечения. При эффективной терапии соматических поражений депрессии оказывались нестойкими.

Значительно реже (у восьми пациентов: четырех мужчин и четырех женщин) встречались гипертимные расстройства, преимущественно в виде благодушия, нетипичной эйфории, ускорения ассоциативных процессов, иногда сопровождаемых активизацией малоделенаправленных действий. Состояние этих пациентов было расценено как атипичная мания.

Психопатические (психопатоподобные) расстройства наблюдались у 34 чел. (18 мужчин и 16 женщин). В одних случаях речь шла о заострении уже имеющихся личностных особенностей с появлением все более выраженных психопатических реакций. В других случаях соматические поражения могли сопровождаться появлением психопатоподобной симптоматики, прежде совершенно не свойственной этим больным.

Психопатоподобные расстройства в основном выражались в нарастании эгоизма, эгоцентризма, угрюмости, подозрительности, неприязненном, настороженном, а иногда и враждебном отношении к окружающим, истероформных реакциях. Возможны аггравация своего состояния, элементы установочного поведения, стремление постоянно быть в центре внимания. Наблюдается также развитие психастенических и психастеноподобных состояний с нарастанием тревожности, мнительности, затруднениями при принятии какого-либо решения. Сюда же можно отнести проявления стигматизации и самостигматизации.

Динамика психопатоподобных состояний при ВИЧ-инфекции подчиняется закономерностям так называемого соматопсихического балансирования: утяжеление соматической патологии ведет ко все большему сглаживанию психопатических (психопатоподобных) расстройств, а улучшение физического состояния — к нарастанию тяжести психической патологии.

Бредовые (бредоподобные) состояния при ВИЧ-инфекции были отмечены нами у 18 наблюдаемых пациентов — 11 мужчин и 7 женщин. Их возникновение

обычно происходило на фоне астении, тревоги и депрессии. Чаще всего это идеи отношения, осуждения, материального ущерба, реже — порчи, отравления, нигилистические, сопровождаемые вербальными иллюзиями. Характерны были их нестойкость, эпизодичность появления, отсутствие убежденности (бредоподобные сомнения). Заметна была истощаемость больных. У четырех пациенток, у которых заболевание повлекло изменение внешности, наблюдалось формирование сверхценной дисморфомании, при которой имели место идеи отношения и гипотимия, развивающаяся по реактивным механизмам.

В результате хронической интоксикации — наркотической, алкогольной либо вызванной всевозможными комбинациями этих мозговых ядов — рано или поздно, но неизбежно развивается психоорганический синдром, или энцефалопатия.

В психиатрии и неврологии под названием *энцефалопатия*, или *психоорганический синдром*, понимают весьма широкий круг нарушений органической природы, т.е. произошедших в результате первичного или вторичного поражения мозговой ткани. Они могут быть вызваны травмами, инфекциями, интоксикациями, вообще внутренними или внешними вредностями.

У наблюдаемых пациентов можно было выделить 4 варианта психоорганического синдрома:

- *астенический* (29 чел. — 24 мужчины и 5 женщин), в настоящее время наиболее частый;
- *эксплозивный* (26 чел. — 22 мужчины и 4 женщины);
- *апатический* (12 чел. — 8 мужчин и 4 женщины);
- *экспансивный, или эйфорический* (8 чел. — 6 мужчин и 2 женщины).

Энцефалопатии у наблюдавшихся больных варьировали как по силе (выраженности), так и по продолжительности. Они могли быть кратковременными и проходили бесследно, без последствий (у 16 чел.). Но у 69 чел. энцефалопатии были стойкими, принимали хронический и все более углубляющийся характер. Этот полиморфизм, «многоликость» энцефалопатии во многом объясняет разногласия врачей в ее понимании. Но, тем не менее, несмотря на такой полиморфизм, ВИЧ-энцефалопатии имели строгие диагностические критерии. Они включали в себя обязательное участие трех основных составляющих:

- 1) *недержание эмоций*: от слабодушия, слезливой умильности до мрачной угрюмости и дисфории;
- 2) *расстройства понимания* (так называемые когнитивные расстройства): от легких расстройств до абсолютной бестолковости;
- 3) *снижение запоминания и памяти*: также от легких расстройств до полной фиксационной амнезии.

Все эти три обязательных компонента составляют так называемую триаду Вальтер—Бюэля (1952 г.).

Астенический вариант характеризуется стойкими проявлениями повышенной физической и психической истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии, аффективной лабильности. Расстройства интеллектуальной деятельности выражены незначительно, лишь в виде снижения интеллектуальной продуктивности. Отмечаются также незначительно выраженные дисмнестические расстройства.

Эксплозивному варианту свойственны выраженные дистимические расстройства: агрессивность, взрывчатость, аффективная возбудимость, раздражительность. Они сочетаются со снижением адаптации, психической продуктивности и дисмнестическими явлениями. Характерна паранойяльная готовность — склонность к сверхценным образованиям. Больным свойственны утрата самоконтроля, снижение волевых задержек, расторможенность, повышение влечений. Как при астеническом, так и при эксплозивном вариантах психоорганического синдрома происходит выраженная декомпенсация состояния в связи с интеркуррентными заболеваниями, интоксикациями, изменениями погодных условий, психическими и физическими травмами. В последнем случае могут развиваться разнообразные истерические расстройства.

Эйфорический вариант определяется повышением настроения с оттенком эйфории и благодушия, бестолковостью, резким снижением критики к своему состоянию, выраженными дисмнестическими расстройствами, повышением влечений. Наблюдаются взрывы гневливости, агрессивности, сменяющиеся беспомощностью, слезливостью, недержанием аффекта. Работоспособность резко снижена.

Апатический вариант характеризуется аспонтанностью, резким сужением круга интересов, безразличием к окружающему, в том числе и к самому себе и своим близким, значительными дисмнестическими расстройствами.

До того, как устанавливается серологическое заключение, такие проявления ВИЧ-энцефалопатии, как социальное отчуждение, апатия, психомоторная заторможенность, нарушение концентрации внимания, снижение памяти, могут быть ошибочно приняты за симптомы депрессии.

Следует помнить, что ВИЧ-энцефалопатия может манифестировать после массивного наркотического (алкогольного) одурманивания. Подробный расспрос членов семьи или друзей больных обычно показывает, что заболевание не было неожиданным, а развивалось достаточно заметно уже немало времени.

Синдромы помрачения сознания

Острые ВИЧ-инфекции протекали с транзиторными помрачениями сознания различной продолжительности, глубины и структуры. В основном встречались такие синдромы, как оглушение, делирий, амендия,

онейроид, сумеречное помрачение сознания. Современный патоморфоз обуславливает их нетипичность и синдромальную незавершенность. Развитие этих нарушений возможно при соматических заболеваниях, инфекциях, отравлениях. Им обычно предшествует кратковременный продромальный период с головной болью, вялостью или двигательным беспокойством, эмоциональными расстройствами в виде тревоги, страха, подавленности, с нарушениями сна, гиперестезией, т.е. признаками астенического синдрома.

Наиболее часты эпизоды оглушения, возникающие на астенически-динамическом фоне. Степень оглушения при этом ундулирует от значительного прояснения сознания до вновь наступающего падения его тонуса.

Наиболее легкие варианты оглушения в виде обнubilации при утяжелении общего состояния могут переходить в сопор и далее в кому. Делириозные расстройства в виде так называемых abortивных делириев нередко сочетаются с оглушением или онирическими (сновидными) состояниями.

Для тяжелых соматических поражений характерны такие варианты делирия, как «бормочущий» (мусситирующий), нередко переходящий в кому, и так называемый тихий делирий. «Тихий» делирий и подобные ему состояния, наблюдавшиеся многими авторами при хронических нарушениях печени, сердца, почек, желудочно-кишечного тракта, могут протекать почти незаметно для окружающих. Больные малоподвижны, лежат в одном и том же положении, безучастны, безразличны к окружающему, нередко производят впечатление дремлющих, иногда что-то бормочут. Они как бы присутствуют при просмотре онирических картин. Временами эти похожие на онейроиды состояния могут сменяться возбуждением, обычно в виде беспорядочной суетливости. Иногда от больных можно добиться описаний наступающих в такие моменты иллюзорно-галлюцинаторных переживаний. Последние отличаются сценopodobной красочностью, яркостью, живостью. Возможны деперсонализационные переживания, расстройства сенсорного синтеза.

Аментивные состояния в чистом виде встречались редко, в основном при развитии соматического поражения на так называемой измененной почве из-за предшествующего ослабления организма (голодание, крайнее физическое и психическое истощение, предшествующее заболевание). Гораздо чаще можно встретить аментивноподобное состояние с быстро меняющейся глубиной помрачения сознания, эмоциональной лабильностью, переходящими в «тихий» делирий. Больным свойственно сочетание растерянности с выраженной истощаемостью и непоследовательностью мышления. Глубина помрачения сознания постоянно и быстро меняется то большей, то меньшей под влиянием утомления или отдыха, а то и

спонтанно. Во время беседы удается получить правильные ответы только на первые вопросы, затем ответы становятся сбивчивыми и путанными. После отдыха способность отвечать на некоторое время восстанавливается.

При аментивноподобных состояниях ориентировка в окружающем неполная. Отмечаются отрывочные идеи отношения, преследования, ипохондрические высказывания, отдельные эпизодические галлюцинации. Эмоции крайне лабильны: страх, тревога, растерянность, тоска быстро сменяются. Очень выражены астения и истощаемость при малейшем напряжении. Астеническая спутанность отличается от аменции не только меньшей глубиной помрачения сознания, но и крайней изменчивостью состояния с быстрыми колебаниями от нарастания помрачения сознания до практически полного его прояснения.

Расстройства восприятия у наркологических больных с коморбидной ВИЧ-инфекцией могли протекать и без глубокого нарушения сознания, в виде острого вербального галлюциноза. Мы наблюдали его у восьми мужчин. Он развивался внезапно, начинаясь с появления вербальных галлюцинаций комментирующего характера, обычно в виде диалога, сопровождающихся растерянностью, тревогой и страхом. В дальнейшем галлюцинации могут приобретать императивное звучание. Под их влиянием больные могут совершать действия, опасные для окружающих или для самих себя. Галлюцинации нарастают к ночи. Бурный наплыв вербальных галлюцинаций может привести к развитию так называемой галлюцинаторной спутанности.

По выходе из острого абстинентного состояния с нарушениями сознания у 24 больных (15 мужчин и 9 женщин) наблюдались явления астении (церебрастении) или состояния эмоционально-гиперестетической слабости с амнестическими выпадениями разной выраженности. Больные утомляемы, неспособны к длительному напряжению, быстро истощаются при умственной работе. Вместе с тем, они раздражительны, капризны, обидчивы, эгоцентричны, требуют к себе особого повышенного внимания. Настроение крайне неустойчиво, со склонностью к подавленности. Выражены явления гиперестезии. Весь острый период лишения воспроизводился лишь фрагментарно.

Проведенное нами исследование показало, что наиболее часто встречались следующие варианты коморбидных расстройств:

1. У 31 пациента (16 мужчин, 15 женщин) была выявлена героиновая наркомания, сочетающаяся с органическим эмоционально лабильным расстройством в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). Код по МКБ-10: F 11.. F06.64;

2. У 28 пациентов (17 мужчин и 11 женщин) установлен диагноз: опийная наркомания, сочетающаяся

с приемом других наркотиков. Хронический алкоголизм II и III ст. с высокопрогредиентным течением, постоянным приемом алкоголя. Легкое когнитивное расстройство в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). Код по МКБ-10: F 11; F 10.x3; F06.74;

3. В 27 случаях (19 мужчин, 8 женщин) установлен диагноз хронический алкоголизм III ст., высокопрогредиентное течение, псевдозапойный; зависимость от опиатов с эпизодическим употреблением. Органический амнестический синдром в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). Код по МКБ-10: F10.x3. F04.4;

4. Диагноз девяти больных (5 мужчин и 4 женщины): хронический алкоголизм III ст., постоянный тип приема алкоголя. Опиная наркомания в анамнезе. Другие органические расстройства личности и поведения в связи вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). Органическое эмоционально лабильное расстройство в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). Код по МКБ-10: F10.x3. F10.x3.39.49.; F 11.1x20. F07.84; F06.64;

5. У пяти больных, трех мужчин и двух женщин, диагноз формулировался: хронический алкоголизм III ст., высокопрогредиентное течение, перемежающийся прием алкоголя с высокой толерантностью. Эпизодический прием опиатов в анамнезе. Энцефалопатия сложного генеза (токсическая + ВИЧ-инфекция), аспонтанный и псевдопаралитический варианты. Другие органические расстройства личности и поведения в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). Код по МКБ-10: F10.x3.; F 11.1x20. F07.84.

Приведем клинические иллюстрации.

Больная Л., 1978 г. рождения. На стационарном лечении в клинике ННЦН находилась с 12.01.2001 г. по 17.02.2001 г. Ранее лечилась в частной наркологической клинике в июле 1997 г.

Диагноз. Героиновая наркомания. ВИЧ-инфекция с астено-эксплозивной (истероформной) эмоциональной лабильностью и легкими когнитивными органическими расстройствами.

По МКБ-10 диагноз: F11. 54. Зависимость от героина, абстинентное состояние. F06.64. Органическое эмоционально лабильное расстройство в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).

Анамнез со слов больной, ее матери и бабушки. Наследственность отягощена: отец был крайне возбудим, вспыльчив, конфликтен, настроение колебалось от бурно-восторженного до яростно-злобного. Злоупотреблял алкоголем: «пил, не зная меры», погиб в пьяной драке 10 лет назад в возрасте около 30 лет. Девочка росла в условиях гиперопеки, была слабой, болезненной, в детстве перенесла «практически все» детские инфекции. С подросткового возраста страдает бронхиальной астмой. По характеру напоминает отца: капризна, несдержанна, эгоистична, строптива, вместе с тем, могла проявить теплоту и тонкое внимание к близким. Раскаивается со слезами,

обещает «отныне всегда быть хорошей», но раскаяния хватает «на пять минут». В школе училась успешно, занятия давались легко. После школы поступила в финансово-экономический институт, но после двух курсов оставила учебу.

Опыт приема наркотиков — с лета 1995 г. Под влиянием сожителя, злоупотреблявшего наркотиками, начала принимать кокаин путем интраназальных ингаляций. Прием продолжался около полугода, по словам больной, не систематически: до 2—3 раз в полторы—две недели. Испытывала приятное возбуждение, ощущение прилива сил, активность. Обрыв приема кокаина осуществляла по собственной инициативе: «...решила соблюдать великий пост и не принимала наркотик все шесть недель». Каких-либо болезненных ощущений при этом не возникало.

С мая 1996 г. начала принимать героин: первые же ингаляции вызвали сильное, осознанное, «всепоглощающее» пристрастие. Систематический интраназальный прием продолжала около трех месяцев, затем стала вводить героин внутривенно. Толерантность достигла максимума к ноябрю—декабрю 1996 г.: до 0,3 г кристаллического порошка, разведенного в воде, в 3—4 приема в сутки. Самостоятельно прекращать прием не пыталась, перерывы из-за трудностей приобретения не превышали 1—2 дней. Значительно изменился характер: стала крайне лживой, черствой, грубой. Усваивать учебный материал в институте не могла, из-за чего оформила академический отпуск «по поводу обострения бронхита». Ухудшилось и физическое состояние: значительно похудела, ощущала упадок сил и быструю утомляемость, с марта 1997 г. отмечается аменорея.

Причиной обращения за наркологической помощью послужили денежные затруднения, препятствующие приобретению наркотика. Мать и бабушка заметили изменение состояния О. только с конца апреля 1997 г. Попытки проведения амбулаторного лечения у частных врачей оказались безуспешными: больная скрывала эпизоды приема, приумножала дозы наркотика, игнорировала назначения. Обрыв приема страшил возможностью появления «непереносимых ломок», почему и согласилась на стационарное лечение.

Повторное поступление в январе 2001 г. связано с нарастающей наркотической усталостью, непреодолимым влечением к наркотику, невозможностью самостоятельно прекратить прием героина, подавленным настроением, физической слабостью, тревогой по поводу возможности развития сильных болей вследствие обрыва приема наркотика.

Катамнез со слов пациентки, ее матери и бабушки. После лечения в частной клинике летом 1997 г. не принимала наркотики около полугода. Попыток продолжить учебу не предпринимала, ссылаясь на «утомление» и «тоску по любимому человеку, оказавшемуся в тюрьме» — ее сожитель был приговорен к длительному заключению за распространение наркотиков. С 1998 г. состоит в гражданском браке с человеком значительно старше ее, ранее неоднократно судимым, много лет употреблявшим наркотики.

В 1999 г. у мужа и у самой О. была обнаружена ВИЧ-инфекция. Первой реакцией «был шок», постепенно сменившийся равнодушием. Поскольку внешних проявлений болезни не было, «решила, что все обойдется, жизнь продолжается — ведь рано или поздно все умрем». В течение последующих двух лет по этому поводу никуда не обращалась.

При осмотре 12.01.01. Правильного телосложения, субтильная, пониженного питания. Кожные покровы серовато-бледные. На коже кистей и предплечий множественные старые и свежие следы инъекций, подкожные гематомы, пигментированные «дорожки». В легких везикулярное дыхание, множественные свистящие хрипы. Тоны сердца чистые, тахикардия до 96—100 уд./мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2—2,5 см. Зрачки умеренно сужены, S=D, реакции на свет и аккомодацию вялые. Рефлексы на руках умеренные, брюшные угнетены. Заметны

слезотечение и насморк. Выраженный гипергидроз кожных покровов.

Психическое состояние. Сознание не помрачено, формально правильно ориентирована в месте, времени и окружающей обстановке. Галлюцинаторно-бредовой продукции не обнаруживает. Контакт формальный, рассказывает о себе без инициативы, неохотно, однако основные данные о становлении зависимости сообщает достаточно детально и последовательно. Фон настроения снижен, с выраженным оттенком дисфории и элементами тревоги. Обеспокоена возможным развитием болей. Критическая самооценка формальна: намерение «полностью бросить наркотики, потому что все надоело» — чисто на вербальном уровне. Говорит об этом намерении шаблонно заученно, без всякой эмоциональной заинтересованности. Заметна нивелированность эмоциональной сферы: нет теплоты к матери, не стесняется своей открытой лжи. Заметна также и идеаторная заторможенность. В разговорах, касающихся ВИЧ-инфекции, нет обеспокоенности, эмоциональный фон не меняется, — звучат заявления о том, что ее больше заботят «ломки, слабость и печень».

Проведено лечение с использованием антагонистов опиатов, ненаркотических анальгетиков, симптоматических средств, психофармако- и психотерапии. Вегетативные и алгические проявления абстинентного синдрома сгладились на 2—3-й день лечения, достигнуто существенное улучшение физического состояния. Вместе с тем, сохранялась выраженная аффективная неустойчивость с истероформными проявлениями и поведенческими расстройствами. Была очень подвержена индуцирующему влиянию со стороны других больных наркоманий. По достижении некоторой деактуализации патологического влечения к наркотикам была выписана с рекомендациями поддерживающей терапии.

Анализ наблюдения. Как можно видеть, у больной с наследственной психопатологической и алкогольной отягощенностью, сочетающейся со снижением общей биологической резистентности из-за значительной соматической стигматизации, с детства формируются черты личностных отклонений. Они, безусловно, относятся к аномалиям неустойчивого круга при общем превалировании признаков психического инфантилизма, но с мощным стеническим радикалом в реализации гедонистических установок. Влияние этих факторов обусловило легкость приобретения пациенткой наркотического опыта, исключило дистанцирование личности по отношению к развивающейся зависимости. Напротив, наркотический опыт стал доминирующей, определяющей частью всего существования больной, центром всех ее интересов и поступков. Тем самым, влечение к наркотику приобрело для больной характер сверхценности. Указанные особенности преморбидной почвы, с одной стороны, и «модернизация» наркотического арсенала, с другой, безусловно, потенцировали патогенные влияния на формирование зависимости, что и стало главной причиной ускоренного ее развития и тяжести течения. Развитие болезни достаточно типично для инфантильных подростков неустойчивого склада. Актуализация и затухание патологического влечения во многом связаны с психофизической астенизацией. Структура и динамика нарушений сознания и самосознания определяются полиморфной деперсонализационной симптоматикой. Когнитивные расстройства не носят грубо дефицитарного характера. Отношение к болезни также во многом определяется нарастанием и сглаживанием психофизической астенизации и соответствующей динамикой эмоционального фона. Вариант энцефалопатии можно рассматривать как астенический с аффективными включениями. Течение болезни в целом можно отнести к умеренно прогрессивному. Прогноз также зависит от того, насколько долго сохранится нынешнее социальное положение пациентки с ее позицией оправдания, созданием в глазах близких ореола собственного мученичества.

Показательно еще одно наблюдение.

Больной Б., 1974 г. рождения, находился на лечении в клиническом отделении ННЦ Наркологии с 04.06.2004 г. по 28.11.2004 г.

Диагноз: зависимость от алкоголя. Конечная (III) стадия. Постоянная форма употребления алкоголя на фоне сниженной толерантности. Высокая прогредиентность заболевания. Синдром отмены алкоголя с судорогами. Тяжелые соматические и социальные последствия хронической интоксикации. Алкогольная деградация личности, спонтанный тип. Зависимость от опиатов, злоупотребление снотворно-седативными веществами в анамнезе. ВИЧ-энцефалопатия.

По МКБ-10 диагноз: F1x.24.3.6. Синдром зависимости от алкоголя, конечная стадия. Амнестический синдром. F1x.26.9. Синдром зависимости от опиатов, эпизодическое употребление. F04.4 Органический амнестический синдром в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).

Госпитализируется повторно, всего 8 раз за период с 1998 по 2004 гг. Впервые поступил на стационарное лечение в ННЦ наркологии в 1998 г. по поводу опийной наркомании.

При поступлении 04.06.2004 г. Жалобы на влечение к алкоголю, общий дискомфорт, нарушения сна (короткий прерывистый поверхностный сон, не приносящий чувства отдыха), частый жидкий стул, отсутствие аппетита, тошноту, неприятные ощущения в области икроножных и дельтовидных мышц в виде «покалывания», «ползания мурашек», подавленное настроение, раздражительность, неодолимое влечение к алкоголю.

Анамнез со слов больного и его родителей. Наследственность больного отягощена по линии отца и матери — алкоголизмом страдают двоюродные дядя и дед по линии отца. Отец пациента злоупотребляет алкоголем. В последнее время выпивает до 2—3 раз в неделю. В опьянении бывает агрессивным, конфликтным, не помнит финала опьянения. Мать заботливая, тепеливая, мягкая, добрая, тихая. Безропотно сносила все невзгоды. Работает медсестрой в детском саду.

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие соответствовало возрасту. До школы воспитывался дома в основном матерью и бабушкой. Отец в воспитании сына участия практически не принимал. В школе начал учиться с семи лет. До 4-го класса успевал по всем предметам на «хорошо» и «отлично». Затем успеваемость несколько снизилась, однако до 8-го класса учился практически без «троек». В семье часто возникали конфликты, которые наш пациент переживал достаточно тяжело. В 14—15 лет увлекся «тяжелым роком», самостоятельно научился играть на гитаре. Со слов пациента, достиг хорошего уровня, играл инструментальные композиции. Все свободное время проводил с друзьями в дворовой компании. В манере одеваться подражал рок-кумирам молодежи соответствующего периода, отрастил длинные волосы. Самостоятельно нанес себе татуировку рок-символики на левом предплечье. В этой же компании в 15—16 лет впервые попробовал алкоголь в количестве 1—2 бутылки пива. Состояние опьянения не понравилось, поскольку сопровождалось тошнотой, головокружением, плохим самочувствием. С тех пор алкогольные напитки употреблял эпизодически, не чаще 2—3 раз в месяц. Курит с 13 лет. По окончании 9-го класса получил от родителей в подарок мотоцикл. С тех пор учебу в школе практически забросил, все свободное время проводил на улице. В дворовой компании стал одним из лидеров, очень этим гордился. Дома часто возникали конфликты из-за увлечений сына: отец запрещал проводить время в дворовой компании, слушать громкую музыку, однажды даже разбил магнитофон. В возрасте 15 лет в компании сверстников впервые

попробовал курить анашу. Со 2—3-й пробы ощущения понравились: состояние гашишного одурманивания привлекало появлением общительности, говорливости, повышением аппетита и сексуальной активности. С тех пор анашу курил регулярно, до 4—5 раз в месяц, в привычной компании.

С трудом окончил 10 классов и дальше учебу продолжать не захотел. Очень боялся службы в армии, объясняя это нежеланием кому-либо подчиняться, соблюдать жесткий распорядок дня и неукоснительно придерживаться установленных правил. Скрывался от сотрудников военкомата на дачах у друзей и знакомых, временно проживал у бабушки. В это время в асоциальной компании впервые попробовал кустарно приготовленный раствор опия-сырца: около 1 мл сразу внутривенным путем: «хотелось все испытать, было интересно». Каких-то приятных ощущений не почувствовал. Через несколько дней повторил пробу. Со 2—3-го раза состояние опийной интоксикации понравилось. Привлекали физически приятные ощущения, испытываемые во время «прихода». Собственно эйфория также оказалась привлекательна ощущением «блаженного покоя», «внутренней гармонии», «согласия с окружающим миром». Эффект очень понравился, с большим желанием ждал возможности его повторения. С тех пор принимал наркотик 2—4 раза в неделю. Часто сочетал прием опиатов с одновременным курением анаши. Спустя месяц начал испытывать абстинентные расстройства, проявляющиеся общим дискомфортом, подавленным настроением, раздражительностью, тревогой, резко нарастало желание принять наркотик. Возникали также болевые и вегетативные расстройства: насморк, слезотечение, неопределенная ломота в пояснице, хотя их интенсивность была незначительной. С тех пор перешел на систематический прием опия-сырца, который продолжал около 2 лет с постепенным ростом употребляемой дозы. В течение указанного периода времени продолжал эпизодическое курение анаши. Также имели место разовые пробы других одурманивающих веществ: первитина, амфетамина, метадона, оксидирифта натрия, ЛСД, галлюциногенных грибов. Однако состояние одурманивания было менее привлекательным. В последующем перешел на прием героина, так как «опий было трудно достать».

Около двух лет прием наркотиков тщательно скрывал. Свое необычное состояние, которое стали замечать родители, пытался объяснять приемом алкоголя. Через 2 года систематического приема наркотиков опийной группы рассказал об этом родителям. С этого момента неоднократно лечился в различных наркологических клиниках, ремиссии практически не было. Неоднократно пытался самостоятельно прекратить наркотизацию, но максимальный срок воздержания от приема наркотиков не превышал 2 мес. В периоды воздержания пытался снять абстинентные расстройства при помощи также различных медикаментозных средств гипноседативного ряда, трамала, реладорма, феназепама. Эпизодически принимал реланиум внутривенно, употреблял спиртовые настойки, содержащие фенобарбитал. Спустя 3 года толерантность к транквилизаторам составляла до 10—15 мг феназепама, 5—10 таблеток реладорма и 8—10 мл раствора реланиума в сутки.

В 1998 г. после очередной попытки самостоятельно прекратить употребление героина на высоте абстинентных расстройств начал ежедневно пить. Уехал на дачу, где быстро нашел компанию деревенских пьяниц. Пил ежедневно, стремясь достичь при этом состояния оглушения. Предпочитал крепкие спиртные напитки, суррогаты. Толерантность составляла 0,75—1 л в день. За 3—4 мес. влечение к наркотикам исчезло. Алкогольное опьянение стало более привлекательным, несмотря на короткий период расслабления и благодушного веселья. Быстро становился возбудимым, расторможенным, раздражительным, злобным, агрессивным, после чего так же быстро наступало оглушение.

Практически сразу были утрачены как количественный, так и ситуационный виды контроля. Со слов больного, выраженные абстинентные расстройства начал испытывать спустя год ежедневного пьянства. Они выражались тремором, тошнотой, рвотой, болями в мышцах, раздражительностью, непреодолимым влечением к алкоголю, нарушением сна, вспышками гнева, подавленно-угрюмым настроением. Амнезирует практически весь период опьянения. Толерантность возросла до 2 л водки. Вместе с алкоголем употреблял транквилизаторы. Многократно лечился в наркологических стационарах; больше 1—3 мес. удерживаться от приема алкоголя не удавалось.

В 1999 г. при очередной госпитализации был выявлен ВИЧ. Тяжело переживал, хотел расстаться с жизнью, но «не хватило смелости». Известие о ВИЧ-инфекции «только подхлестнуло» злоупотребление спиртным. «Стало совершенно наплевать» на все уговоры и советы. «Хотелось напоследок» не отказывать себе ни в чем. По мере того, как переживания теряли остроту, все больше «успокаивал» себя и «откладывал» консультирование. Во время последующих стационаризований информация о ВИЧ-инфекции «вообще не волновала, — думал только о том, чтобы «поправить здоровье опохмеленьем».

В 2001 г. в состоянии абстиненции перенес развернутый судорожный припадок с потерей сознания. Сильно испугался; с этого времени самостоятельно прекратить алкоголизацию не пытался.

Последние 10 лет не работает, находится на иждивении родителей. По отношению к ним становится все более грубым, холодно-безразличным. В делах семьи принимает лишь формальное участие, не интересуется, откуда берутся средства на его очередную госпитализацию в наркологический стационар. Считает, что отец его не любит, а проявляет лишь видимость заботы «из-за инстинкта кормить ребенка». С отцом часто возникают конфликты, даже драки, в том числе и на глазах у матери, о которой, тем не менее, отзывается более тепло.

За последний год снизилась переносимость алкоголя: амнезии наступают при приеме до 0,25 л водки. Переходит на слабоалкогольные напитки. В состоянии алкогольного опьянения становится злобным, агрессивным, требует денег на спиртное, угрожает самоубийством, в том числе предпринимая суицидальные попытки демонстративного характера. Убегая из дома, напивается до состояния оглушения в компании случайных знакомых, стремясь находиться при этом неподалеку от дома, в людных местах — у ближайшей станции метро и пр. В состоянии алкогольного опьянения неоднократно получал черепно-мозговые травмы. В 28 лет во время стационарного лечения перенес алкогольный делирий.

Предыдущая госпитализация в октябре—ноябре 2003 г. Находился на лечении более 3 мес. Через неделю после выписки возобновил прием алкоголя. В течение 2 недель пил до 0,75 л водки дробно в течение суток. Нарастающее ухудшение состояния послужило поводом к госпитализации в НБ №19. Через 4 дня отказался от лечения и возобновил пьянство. Продолжал выпивать в течение месяца, затем прекратил прием спиртного. Дома мать ставила капельницы в течение 5 дней. Принимал феназепам, финлепсин. Воздерживался от алкоголя около 3 мес. В это время периодически испытывал перепады настроения, нарушения сна, влечение к спиртному. На этом фоне 2—3 раза принимал терпинкод до 10 таблеток.

С апреля 2004 г. пьет ежедневно, дробно в течение суток до 0,5 л водки или суррогатов. В опьянении грубил, был агрессивным, требовал выпить, угрожал родителям физической расправой. Через 2—3 недели ухудшилось общее самочувствие, появились генерализованный тремор, обильный пот, нарушение походки и координации движений, бессонница, непреодолимое желание выпить, исчез аппетит. Дважды пытались лечиться дома, но без эффекта.

Во время госпитализации в июне 2004 г. На лечение поступает в сопровождении отца.

Соматический статус. Больной среднего роста, пониженного питания. Кожные покровы желтушной окраски, бледные, сухие. Истошен, астенизирован. Лицо пастозное, веки отечные. Склеры инъецированы, иктеричные. Имеются множественные ссадины и свежие гематомы на правом бедре и правом боку, на руках полученные дома. На нижней трети левого предплечья — синего цвета татуировка рок-символики, а также старые рубцы после самопорезов, нанесенных в состоянии алкогольного опьянения. Вены на обоих предплечьях — измененные склерозированные. Язык сухой, обложен густым грязно-бурым налетом. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД=25'/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия до 100 уд./мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Печень +4—5 см из-под края реберной дуги. Край печени уплотненный, гладкий, чувствительный при пальпации. Стул жидкий, учащен; диурез не нарушен.

ЭКГ от 04.06.04. Синусовый ритм 88' /мин. Горизонтальное положение ЭОС. Гипертрофия мышцы левого желудочка.

Биохимический анализ крови: АЛТ — 124 мМ/л, АСТ — 176 мМ/л, ГГТ — 422 мМ/л, глюкоза — 5,4 мМ/л. RW «+»; ВИЧ «+», HBsAg «+», aHCV «+». УЗИ от 28.06.04 г.: Гепатомегалия.

Неврологический статус. Зрачки равновеликие. Фото-реакция зрачков вялая. Конвергенция ослаблена. Горизонтальный установочный нистагм при отведении взгляда в обе стороны. Асимметрия носогубной складки, D<S. Легкая девиация языка влево. Акт глотания не нарушен. Фокация не нарушена. Сухожильные рефлексы без разницы сторон, оживлены. Генерализованный крупноразмашистый тремор. В позе Ромберга не удерживается. Пальценосовую пробу выполнить не может. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерно ослаблены. Брюшные рефлексы угнетены. Поверхностная и болевая чувствительность равномерно ослаблена по типу «перчаток» и «носок». Гипергидроз лица, туловища, конечностей.

ЭЭГ. Умеренные диффузные изменения. Легкая ирритация подкорково-стволовых структур. Межполушарная асимметрия, пароксизмальной и эпилептической активности не зарегистрировано.

Заключение невролога. Энцефалопатия смешанного (токсико-травматического) генеза II стадии. Эпилептиформный синдром.

Психическое состояние. Ориентирован в месте, времени и собственной личности формально правильно. Внешний вид неопрятный, не брит, волосы на голове всклокочены. Говорит тихим голосом. Выражение лица растерянное. Мимика несколько обеднена. Сидит, опустив руки на колени. В глаза не смотрит, отворачивает голову. В беседу вступает не очень охотно. На вопросы отвечает после долгого обдумывания. С трудом вспоминает даты, не может воспроизвести хронологию фактов биографии, постоянно ссылается на «запамятование». Все виды памяти снижены. О себе рассказывает откровенно, подробно, застревает на мелочах. Вязок, ригиден, внимание не удерживает. Речь грамматически правильная, словарный запас скуден. Настроение снижено, тревожен, легко раздражается, «заводится», при этом повышает голос, начинает жестикулировать. Предъявляет жалобы на бессонницу, тревожность, беспокойство, боли во всем теле, просит выпить. Боится повторения судорожных припадков. Себя характеризует как человека доброго, компанейского, лидера, «заводу», способного постоять за себя. Реальных

планов на будущее не имеет. Выраженная эмоциональная уплощенность. Суждения поверхностны, легковесны. Мышление близкое к конкретному. Правильно объясняет смысл лишь самых простых пословиц и поговорок. Установка на лечение обусловлена тяжелым физическим самочувствием и давлением родных. Суицидальных мыслей не высказывает.

Выписан в удовлетворительном состоянии в связи с окончанием курса лечения.

После выписки в течение месяца соблюдал рекомендации врача: принимал поддерживающую терапию, однажды был на амбулаторной консультации. Жалоб не предъявлял, самочувствие было удовлетворительным, настроение ровным. Влечение отрицал.

Через 1,5 мес. воздержания больной не явился на плановую консультацию. Из телефонного разговора с пациентом и его родителями стало известно, что он возобновил прием алкоголя. Знакомые предложили выпить, больной без колебаний выпил спиртное. На следующий день испытал тяжелое состояние похмелья: слабость, недомогание, сердцебиение, тремор рук на фоне выраженного влечения к алкоголю. С этого дня ежедневно стал выпивать. Среднесуточная толерантность составляла около 750 мл водки дробно в течение дня и в ночные часы. Родители пытались удерживать его дома, пробовали разбавлять спиртные напитки водой. В опьянении становился раздражительным, агрессивным, требовал денег или алкоголя, дрался с отцом. При первой возможности напивался до состояния оглушения. Самостоятельно прервать прием алкоголя не мог из-за развития тяжелых проявлений алкогольного абстинентного синдрома (ААС). В утренние часы возникала неукротимая рвота, которая проходила только после приема 100 мл водки, аппетит был стойко снижен. С целью прервать прием спиртного мать ставила капельницы, но перерывов больше недели не было.

Вновь госпитализирован в сентябре 2004 г. При поступлении предъявлял жалобы на влечение к алкоголю, слабость, отсутствие аппетита, рвоту, понос, тремор рук, нарушение походки, бессонницу. Больной выглядел изможденным. На первый план в психическом состоянии выходила неспособность оценить тяжесть своего состояния, проанализировать опыт предыдущих срывов. Патологическое влечение к алкоголю сохранялось длительное время в форме ярких алкогольных сновидений, ощущения бесперспективности лечения.

Ко второму месяцу лечения выравнился фон настроения, частично дезактуализировалось влечение к алкоголю. Сохранились астенические расстройства в форме слабости, утомляемости, истощаемости. Все это время был, в отличие от предыдущих стационаризований, малозаметен, пассивен, не стремился к общению с окружающими. Не было прежних хвастливости, конфликтности и высокомерия. Находился на лечении 2 мес. Выписан в удовлетворительном состоянии, рекомендованы поддерживающая терапия и амбулаторное наблюдение.

Через 3 недели мать сообщила, что больной 3 дня назад возобновил прием алкоголя, пил пиво крепких сортов до 2 л в течение суток. На этом фоне состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, резкая слабость, тошнота, рвота. Вызванная скорая помощь госпитализировала больного в КИБ №2 с подозрением на острый панкреатит. В начале января 2005 г. около 3 мес. больной находился на стационарном лечении в КИБ №2 с диагнозом: *острый панкреатит. Двусторонняя пневмония. Обострение хронического гепатита. Портальная гипертензия. Асцит*. Выписан с рекомендацией консультации по поводу лечения ВИЧ-инфекции.

Катамнестические данные спустя 32 мес. (июль 2007 г.). Нигде не работает, находится на иждивении родителей, практически все время проводит дома за компьютером:

играет в виртуальные «звездные войны», войны с монстрами или раскладывает несложные пасьянсы. Периодически испытывает влечение к алкоголю в виде очень кратковременных воспоминаний о «приятных вечеринках», но каких-либо попыток реализовать это влечение не предпринимал. Постоянно принимает гепатопротекторы, антиконвульсанты. Алкоголь и наркотики, по словам как самого пациента, так и его матери, не употребляет.

Анализ наблюдения. Поведение пациента, начиная с юношеского возраста, стало определяться легкой возбудимостью, стремлением к самоутверждению любыми средствами, отсутствием способности сдерживать свои аффекты. Особенности конституционально-личностной почвы обусловили раннее возникновение опиной зависимости. Легкая трансформация наркотической зависимости в токсикоманию с быстрым ростом толерантности к снотворно-седативным средствам произошла вследствие сохранения мощи и постоянства патологического влечения. Столь же стремительным оказалось и развитие алкоголизма. Патологическое влечение отличалось своей «универсальной направленностью». Актуализация и затухание влечения обусловлены только психофизической астенизацией. Состояние лишения прогрессивно утяжеляется из-за присоединения судорожных пароксизмов. Вне зависимости от вида интоксиканта клинической картине одурманивания все более свойственны экзистенциальность: направление к седации, сонливости, раушу, с последующим сном. Эмоциональная сфера претерпевает неблагоприятную динамику, проявляющуюся в усилении черт эксплозивности. Особенно заметными становятся и неуклонно нарастающие когнитивные расстройства: больной становится все более бестолковым, теряет приобретенные навыки. Вариант энцефалопатии, таким образом, следует рассматривать как аспонтанный. Нарушения самосознания отчетливо проявляются в позиции пациента по отношению к болезни. Его все менее тревожат угроза для жизни, которую несет ВИЧ-инфекция, травмы, полученные в опьянении, алкогольные психозы. Тем самым, деперсонализационные расстройства прогрессируют и охватывают идеаторные акты, поведенческие акты, телесные ощущения, воспоминания, а также саму аддикцию как таковую. Прогноз, к сожалению, малоутешительный.

Обсуждение результатов

На формирование реакций личности на ВИЧ-инфекцию влияли такие факторы, как:

- 1) семантика диагноза (степень опасности для жизни, ассоциирующаяся с формулировкой диагноза);
- 2) витальный страх, возникающий при нарушении жизненно важных функций (панические атаки, «запускаемые» периферической составляющей эмоциональной дуги — импульсами, идущими из внутренних органов);
- 3) изменение качества жизни — кратковременное и/или обратимое при остром и волнообразном течении и нарастающее при хроническом прогрессирующем течении заболевания.

Каждый из этих факторов существенным образом влиял как на психопатологические проявления и динамику личностных реакций (трансформацию острых реакций в затяжные ипохондрические и патохарактерологические развития), так и на внутреннюю картину болезни в целом с формированием гипернозогнозии и гипонозогнозии.

Каждая болезнь, а тем более ВИЧ/СПИД, алкоголизм и наркомания, имеют свою общественную репутацию и психологический резонанс. Преломление в сознании больного той общественной репутации, которая неизменно окружает каждую болезнь, — столь же важный основополагающий фактор в формировании внутренней картины болезни. Позиция общества по отношению к той или иной болезни, репутация болезни, ее резонанс и представления о ней, бытующие в различных этнических и культурных слоях, имеют огромное значение. От того, какой общественный резонанс имеет та или иная болезнь, зависят и сопротивление больного недугу, возможность терапевтического сотрудничества, а в конечном итоге, и степень сохранности адаптации в обществе.

Издавна существует система общественных ярлыков для большинства болезней. Существовали болезни «модные», «престижные», «благородные». Существовали также болезни «позорные». Эти ярлыки кардинальным образом различаются в различных социальных слоях, общественных и религиозных укладах, а система взглядов и отношений к болезни претерпевает исторические видоизменения.

В этом контексте репутация больного ВИЧ/СПИДом, наркоманией, равно как и любой другой формой аддикции, как глобальное явление и отношение общества к нему заслуживает особого рассмотрения. Поскольку здесь как ни в какой другой области медицины *здоровье и болезнь* — явления в основе своей биологические — обрастают социальными отношениями.

В число потребителей наркотиков в настоящее время вовлекаются все более широкие, формально «благополучные» социальные группы вместо ранее «секвестрированных»: криминальных, богемных, маргинальных. Отношение к наркотикам и наркоманам становится среди представителей определенных социальных слоев, прежде всего молодежи и подростков, все менее отторгающим и нетерпимым. Либеральные позиции размывают границы между патологией и здоровьем. Важно отметить и усиленное насаждение среди юношества различных псевдофилософских, иррациональных и оккультно-мистических влияний, религиозной профанации, очень легко впитываемой в силу хорошо известной мощи метафизического вектора пубертатной психики. А культивирование идеологии наркотиков среди юношества является одним из ведущих мотивов подобных псевдофилософски-мистических спекуляций.

Система мифов с наркологической и психиатрической тематикой в широких слоях населения достаточно распространена. Содержание психиатрических мифов отражает особое отношение населения к сфере психического здоровья — отношение, в котором до-

минируют страх и предубежденное отношение к психиатрам.

В настоящее время центральным элементом взаимодействия больного с окружающими является стигма, или ярлык «психически больного», как комплекс наиболее распространенных обывательских представлений о лицах с психическими расстройствами.

Сегодня в российских средствах массовой информации образ психиатра, как и психически больного, часто оказывается включенным в криминальный контекст. Психиатр выступает как нарушитель закона, злоупотребляющий своим положением в корыстных целях, или как ангажированный эксперт для освещения неординарных криминальных ситуаций. Напротив, для обсуждения психопатологии более охотно привлекаются психологи и психотерапевты. Таким образом, стигматизация направлена как на лиц, страдающих эндогенными психозами, так и на врачей-психиатров. Стигматизация выражается в представлении больных одновременно как непредсказуемых, непонятных, опасных и беспомощных перед своим заболеванием. «Большая» психиатрия дискредитируется как наука и отрасль практической медицины. Если обобщенно оценить отношение к психическому заболеванию со стороны широких общественных групп и подход к заболеванию членов семьи больного, то можно видеть, что независимо от уровня образования их представления о психических болезнях оказываются крайне поверхностными и отрывочными.

В противоположность этому репутация наркомана в определенных субкультурах имеет своеобразную привлекательность, ассоциируясь с ореолом и скандальной славой эстрадных «поп-звезд», с атрибутикой «приобщения к круту избранных», к «высшей гармонии» и т.п. Создание подобного общественного резонанса обязано в первую очередь средствам «массовой культуры» и массовой информации, насаждающим идеологию наркотизма.

Синдром нарушения сознания болезни при ВИЧ/СПИД в сочетании с наркологическим заболеванием заслуживает отдельного внимания. Каждый ВИЧ-инфицированный больной обнаруживал свое сугубо индивидуальное по полноте и адекватности понимание самого факта своей болезни, содержания болезненного процесса и степени того вреда, который несет для него болезнь. Соотношение этих компонентов определяет позицию пациента в отношении лечения: от признания его необходимости и полного терапевтического сотрудничества до полного неприятия и активного противодействия лечению.

Прогноз деменции, обусловленной ВИЧ-инфекцией, по мнению американских психиатров Г. Каплана и Б. Сэдока [8], — крайне неблагоприятный:

50—75% пациентов умирают в течение полугода. В отличие от данных литературы, катамнезы исследованных нами больных показали, что причиной смерти шести из 25 чел. (или всего 37,5% за 4 года) стали случайные травмы и отравления.

У больных наркоманией при приеме героина и других опийных производных АС развивается через 4—10 ч после последнего их введения. Наибольшей выраженности абстинентная симптоматика достигает на 3—4-е сутки лишения наркотика.

Метадон приводит к «отставленному» развитию АС. У женщин, принимавших метадон в период беременности и непосредственно накануне родов, АС развивается через 24—72 ч после последнего приема, т.е. на вторые—третьи сутки после родов.

Основным проявлением АС в таких случаях выступают аффективные нарушения и нарушения поведения: тревога, раздражительность, возбуждение, бессонница. Типичные болевые симптомы лишения не очень выражены и отрицаются. В результате эти женщины покидают роддом, оставляют младенцев, не принимают специфического лечения.

Поскольку женщина принимала опиаты (героин и метадон) как в период беременности, так и непосредственно накануне родов, наркотик поступает в кровь плода, что ведет к развитию достаточно известного патологического состояния — АС плода. Ребенок рождается уже наркоманом.

Все ВИЧ-инфицированные больные героиновой наркоманией, которых нам приходилось наблюдать, систематически применяли метадон. Отрицательная роль метадона — в его мощном, аналогичном самому героину, иммуносупрессивном действии.

Наркологическая помощь должна включать в себя следующие мероприятия:

1. Всем ВИЧ-инфицированным женщинам, поступающим в роддом, в связи с вероятностью утаивания приема наркотиков необходимо проведение исследования мочи на наличие опиатов;

2. При обнаружении опиатов (героина, а особенно метадона) показано применение прямого антагониста опиатов — налоксона (0,4%-ный раствор в ампулах по 1,0 мл внутримышечно или подкожно либо в инфузиях, если таковые назначаются).

Налоксон — антидот, препятствующий развитию паралича дыхательного центра в связи с приемом опиатов. Он купирует действие наркотиков и предотвращает развитие АС плода.

К сожалению, и в России, даже среди очень компетентных специалистов, занимающихся вопросами лечения больных ВИЧ/СПИД и наркоманией, нет достаточно четкого понимания негативной роли метадона в терапии. Это, по-видимому, результат односторонней информации из американских источников.

Выводы и рекомендации

Психические нарушения, развивающиеся у больных наркотической/алкогольной аддикцией с присоединившейся ВИЧ-инфекцией составляют две взаимосвязанные группы синдромов.

Во-первых, это — непосредственно психические нарушения, обусловленные внешним, так называемым экзогенным фактором, — инфекцией и интоксикацией, иначе говоря, соматогенно обусловленные изменения психики, возникающие в этиологической и патогенетической связи с воздействием вируса и наркотической/алкогольной интоксикации на ЦНС.

Во-вторых, это — занимающие не меньшее место в клинике психических нарушений при данных заболеваниях психогенные расстройства — широкая гамма реакций личности на болезнь, или так называемая внутренняя картина болезни. Без учета ее особенностей построение дифференцированной терапии невозможно.

Лечение наркологических пациентов с коморбидной ВИЧ-ассоциированной патологией должно осуществляться с учетом клинико-динамических особенностей ведущего психопатологического синдрома.

Психотропные препараты назначаются при различных проявлениях психоорганического синдрома.

Для купирования ажитации следует применять небольшие дозы нейролептиков (трифлуоперазин, галоперидол).

При лечении депрессии эффективны антидепрессанты, особенно с минимальным антихолинергическим побочным действием. Антидепрессанты трициклического ряда (амитриптилин) назначаются с осторожностью в связи с возможными антихолинергическими побочными эффектами, что особенно важно для женщин. У них высока вероятность развития кардиотоксических нарушений, задержка мочеиспускания, есть риск развития атропиноподобного делирия. Бензодиазепины (реланиум, седуксен, феназепам) эффективны при лечении тревоги и бессонницы, хотя они и могут усиливать симптомы когнитивных нарушений (трудности осмысления, концентрации внимания, снижение памяти).

Список литературы

1. Авдеев С.А., Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Специфические стрессы женщин, инфицированных ВИЧ // XIV Съезд психиатров России. — М., 2005. — С. 155.
2. Бабин Г.А., Ваулин С.В. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у психически больных, совершивших общественно опасные деяния // XIV Съезд психиатров России. — М., 2005. — С. 299.
3. Беляева В.В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1998. — №5. — С. 27—29.
4. Бешимов А.Т., Яхин К.К. Оценка качества жизни больных ВИЧ-инфекцией // XIV Съезд психиатров России. — М., 2005. — С. 41.

5. Валентик Ю.В., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди потребляющих наркотики: Пособие для врачей. — М.: Каллиграф, 2003. — 157 с.
6. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 192 с.
7. Демина М.В., Чирко В.В. и др. Формирование приверженности к медицинскому наблюдению и приему антиретровирусных препаратов для ВИЧ-инфицированных женщин: Рекомендации для медицинских работников. — ММА им. И.М. Сеченова. — М., 2006. — 40 с.
8. Каплан Г.И., Садов Б.Д. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР Медиа, 1999. — 512 с.
9. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. — М.: Рарочь, 1996. — 625 с.
10. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Под общ. ред. В.В. Покровского. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2000. — 496 с.
11. Попков А.В., Ульбина Т.В. Динамика ВИЧ-инфекции у мужчин с опиоидной зависимостью // XIV Съезд психиатров России. — М., 2005. — С. 364.
12. Чирко В.В., Демина М.В. и др. Идентификация и профилактика рискованного поведения по инфицированию ВИЧ среди женщин репродуктивного возраста: Рекомендации для медицинских работников. — ММА им. И.М. Сеченова. — М., 2006. — 40 с.
13. Чирко В.В., Демина М.В. и др. Образовательные материалы для организации школ для ВИЧ-инфицированных женщин. Рекомендации для медицинских работников. — ММА им. И.М. Сеченова. — М., 2006. — 16 с.
14. Catz S.L., McClure J.B., Jones G.N., Brantley P.J. Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV // AIDS Care. — 1999. — Vol. 11, №3. — P. 361—373.
15. Barroso J. Long-term nonprogressors with HIV disease // Nurs. Res. — 1999. — Vol. 48, №5. — P. 242—249.
16. Bennetts A., Shaffer N., Manopaiboon C. Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand // Soc. Sci. Med. — 1999. — Vol. 49, №6. — P. 737—749.
17. Cockram A., Judd F., Mijch A., Norman T. The evaluation of depression in inpatients with HIV disease // Aust. N-Z. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 33, №3. — P. 344—352.
18. Ellen S.R., Judd F.K., Mijch A.M., Cockram A. Secondary mania in patients with HIV infection // Aust. N-Z. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 33, №3. — P. 353—360.
19. Eller L.S. Effects of cognitive-behavioral interventions on quality of life in persons with HIV // Int. J. Nurs. Stud. — 1999. — Vol. 36, №3. — P. 223—233.
20. Erlen J.A., Mellors M.P. Adherence to combination therapy in persons living with HIV: balancing the hardships and the blessings // J. Assoc. Nurses AIDS-Care. — 1999. — Vol. 10, №4. — P. 75—84.
21. Fontaine A., Larue F., Lassauniere J. Physicians' recognition of the symptoms experienced by HIV patients: how reliable? // J. Pain Symptom. Manage. — 1999. — Vol. 18, №4. — P. 263—270.
22. Gordillo V., del-Amo J., Soriano V., Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. — Madrid, Spain // AIDS. — 1999. — Vol. 13, №13. — P. 1763—1769.
23. Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus // Semin. Clin. Neuropsychiatry. — 1999. — Vol. 4, №2. — P. 114—132.
24. Kimerling R., Calhoun K.S., Forehand R. Traumatic stress in HIV-infected women // AIDS Educ. Prev. — 1999. — Vol. 11, №4. — P. 321—330.
25. Levinsky N.G., Friedman E.A., Levine D.Z. What is our duty to a «hateful» patient? Differing approaches to a disruptive dialysis patient [clinical conference] // Am. J. Kidney Dis. — 1999. — Vol. 34, №4. — P. 775—789.
26. Medrano M.A., Desmond D.P., Zule W.A., Hatch J.P. Histories of childhood trauma and the effects on risky HIV behaviors in a sample of women drug users // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 1999. — Vol. 25, №4. — P. 593—606.
27. Moneyham L. Depressive symptoms and HIV disease // J. Assoc. Nurses AIDS-Care. — 1999. — Vol. 10, №4. — P. 93—94.
28. Price R.W., Yiannoutsos C.T., Clifford D.B. Neurological outcomes in late HIV infection: adverse impact of neurological impairment on survival and protective effect of antiviral therapy. AIDS Clinical Trial Group and Neurological AIDS Research Consortium study team // AIDS. — 1999. — Vol. 13, №13. — P. 1677—1685.
29. Reedijk M., Bindels P.J., Mohrs J., Wigersma L. Changing attitudes towards antiretroviral treatment of HIV infection: a prospective study in a sample of Dutch general practitioners // AIDS Care. — 1999. — Vol. 11, №2. — P. 141—145.
30. Sarna L., van-Servellen G., Padilla G., Brecht M.L. Quality of life in women with symptomatic HIV/AIDS // J. Adv. Nurs. — 2004. — Vol. 30, №3. — P. 597—605.
31. Schlumberger M.G., Desenclos J.C., Papaevangelou G., Richardson S.C., Ancelle-Park R. Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users: second study. European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users // Eur. J. Epidemiol. — 1999. — Vol. 15, №3. — P. 207—215.
32. Siegel J.M., Angulo F.J., Detels R. AIDS diagnosis and depression in the Multicenter AIDS Cohort Study: the ameliorating impact of pet ownership // AIDS-Care. — 1999. — Vol. 11, №2. — P. 157—170.
33. Swindells S., Mohr J., Justis J. Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness // Int. J. STD AIDS. — 1999. — Vol. 10, №6. — P. 383—391.
34. Weissman M., McAvay G., Goldstein R., Nunes E., Verdeli H., Wickramaratne P. Risk/protective factors among addicted mothers' offspring: a replication study // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 2004. — Vol. 25, №4. — P. 661—679.