

Станько Э.П., Фамина И.П., Станько Д.Э., Фамин В.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
ГУ «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная
комиссия»,
Гомель, Гродно, Республика Беларусь

Введение. К наиболее распространенным социальным проблемам, с которыми сталкиваются потребители инъекционных наркотиков (ПИН), относятся стигматизация, дискриминация, низкий социальный статус, безработица, разлад в семейной и общественной жизни, криминальное поведение и заключение в тюрьму. Помимо ВИЧ-инфекции, наркозависимые пациенты являются стигматизированной категорией в обществе, а ВИЧ-инфекция «накладывает» на них дополнительную «двойную» стигму, что усложняет их контакт с медработниками, другими специалистами, снижает формирование мотивации на поддержание доверительного конструктивного диалога и повышает вероятность появления дискриминации по признаку наличия наркологического и инфекционного диагноза. В результате возникает самостигматизация ВИЧ-позитивных ПИН (ВПН), основные предикты которой изучены недостаточно [1, 2]. Интерес представляет изучение взаимовлияния самостигматизации и клинических проявлений заболевания, социальное функционирование ВПН, оценка эффективности их лечения.

Цель работы – установить медико-социальное функционирование ВПН для разработки карты аддиктивного поведения ПИН, как способа динамической оценки эффективности лечения.

Материал и методы. За отчетный период в исследование включены 37 ВПН с синдромом опиоидной зависимости. Из них 18 женщин (средний возраст – $29,3 \pm 5,1$) и 19 мужчин (средний возраст – $32,2 \pm 4,5$) в возрастном диапазоне от 24 до 41 лет (средний возраст – $30,8 \pm 2,9$). Основным методом исследования был клинко-психопатологический, дополнительными методами – экспериментально-психологический и статистический. Критериями включения для проведения исследования были наличие признаков наркотической зависимости (МКБ 10), возраст старше 18 лет, инъекционное потребление наркотиков в течение месяца и более до исследования, ВИЧ-позитивный статус, добровольное (информированное) согласие на участие в исследовании, одобренное этическим комитетом ГУ «РНПЦ психического здоровья». Статистическая обработка полученных

результатов (частотный анализ) осуществлялась с использованием программы SPSS 11.0 for Windows.

Результаты. Средний возраст инфицирования ВИЧ составил $26,3 \pm 4,2$ лет, продолжительность заболевания – от 0,3 до 10 лет, в среднем – $5,2 \pm 2,7$ лет. После постановки на учет ни один ВПН не был госпитализирован в стационар. Основной путь инфицирования ВПН (91,9%) – парентеральный, вследствие инъекционного употребления наркотиков. Большинство ВПН находились на стадии первичных проявлений ВИЧ либо инкубации. Вместе с тем, лишь 10 (27%) ВПН получали АРТ, из которых только 13,5% респондентов соблюдали режим АРТ.

Начав наркотизацию с 18 лет, ВПН предпочитали употреблять инъекционные наркотики (опиоиды, опиаты), преимущественно в криминализированной компании. При этом в 95% случаев стерильности не соблюдали либо использовали неодноразовые шприцы и иглы. Среди ВПН превалировала т.н. «негативная зависимость» когда ведущим мотивом приема наркотиков было стремление избавиться от тягостных проявлений состояния отмены. Нередко прием наркотика сопровождался в сочетании с алкоголем или лекарствами. В опьянении, кроме приятных переживаний, имели место извращенные формы интоксикации в виде дисфории и раздражительности, агрессивности на фоне эмоционального возбуждения, утраты чувства такта и стыда, плаксивости. Скорость развития наркозависимости колебалась в пределах от 1 до 6 месяцев, стаж злоупотребления наркотиками составлял более 10 лет. Основным мотивом обрыва наркотизации были финансовые затруднения, связанные с приобретением наркотика или отсутствие постоянного источника получения наркотика. В большинстве случаев влечение к приему наркотика было компульсивным с направленным поиском наркотика, либо обсессивным.

В клинической картине состояния отмены превалировала смешанная симптоматика с разнообразными соматическими и нейровегетативными расстройствами. В большинстве случаев выраженность состояния отмены была умеренной. В постабстинентном состоянии в течение месяца доминировали аспонтанность и разнообразная астеническая симптоматика. Характерным для ВПН была частичная краткосрочная ремиссия, длительностью, в среднем, около 6 дней. Количество ремиссий было разным, но, в среднем, для ВПН характерно 6,8 случаев за период наблюдения. Чаще всего рецидив возникал в период до 3, 6 и 12 месяцев. Для большинства ВПН характерным была частичная критика со сниженной способностью к критической оценке состояния, сохранностью влечения к наркотику, эмоционально-волевыми расстройствами и искажением основных

личностных качеств. Вместе с тем, в 91,9% случаев ВПН не имели опыта прохождения реабилитационных программ.

Медико-социальная характеристика ВПН свидетельствует о том, что, находясь в относительно молодом трудоспособном возрасте, большинство ВПН нигде не работали и не учились, а некоторые из них если и работали, то были заняты низкоквалифицированным трудом или часто меняли место работы. Профессии, в большинстве случаев, ВПН не имели или были рабочими. Основной уровень образования ВПН – средний или средний специальный, причем 10,8% респондентов имели низкий образовательный уровень. Большая часть ВПН проживали в неполной семье либо семья вообще отсутствовала. Вместе с тем, половина из обследованных состояли в первичном браке, имели детей, однако с собственной семьей проживали лишь 21,6% респондентов. Большая часть ВПН собственного жилья не имели.

Заслуживает внимания анализ изменений образа жизни ВПН, вызванных коморбидной патологией (опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция). Так, 36 (97,3%) ВПН указали на различные жилищные и финансовые проблемы, долги; 33 (89,2%) ВПН – на общение с лицами с асоциальным поведением; 32 (86,5%) ВПН – на снижение физической активности; 27 (72,9%) ВПН – на отсутствие свободы выбора, смену образа жизни, потерю своего места в обществе; 23 (62,2%) ВПН – на повышенный риск утраты работы, занятости, смену места работы; 22 (59,5%) ВПН – на проблемы в семейных отношениях, неспособность создать семью, иметь детей; 17 (45,9%) ВПН – на вынужденную социальную изоляцию, отсутствие привычного круга общения, дружеских отношений; 15 (40,5%) ВПН – на изменение привычного образа жизни, социальной активности; 12 (32,4%) ВПН – на отсутствие жилья, регистрации по месту жительства, полу-, нелегальное существование, а также утрату документов, затруднение доступа к получению адекватной медицинской помощи; 6 (16,2%) ВПН – на необходимость приема АРВП в определенные часы, не допуская пропусков; 5 (13,5%) – на появление побочных эффектов при проведении АРТ; 2 (5,4%) ВПН – на усталость от вынужденного регулярного приема АРВП, также на активное из-за безысходности продолжение приема наркотиков, других ПАВ. Вместе с тем, 29 (78,4%) ВПН испытывали затруднения при выполнении домашних, социальных и профессиональных обязанностей, а 8 (21,6%) ВПН вообще не способны были выполнять социальные функции.

Заключение. Результаты исследования показали, что эффективность оказания медико-социальной помощи ВИЧ-позитивным ПИН может определяться количественными показателями их медико-социальных характеристик, включающих клинические (психическое и соматическое состояние, последствия злоупотребления ПАВ,

интенсивность и характер наркотизации) и социальные (частота рискованных форм поведения, противоправная активность, конфликтность, занятость) критерии оценки с учетом длительности воздержания от употребления наркотических веществ.

Литературные ссылки

1. Должанская, Н.А. Влияние информированности о ВИЧ-инфицировании пациентов на отношение наркологов к их лечению / Н.А. Должанская // Наркология. – 2004. – № 5. – С. 50-52.
2. Ястребов, В. С. Самостигматизация пациентов при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105. – № 11. – С. 50-54.

Суханов Д.С.¹, Виноградова Т.И.²

ВЛИЯНИЕ РУНИХОЛА И S-АДЕНОЗИЛ-L-МЕТИОНИНА НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ПОВРЕЖДЕНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РЕЗЕРВНОГО РЯДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздравсоцразвития России¹,
ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт,
фтизиопульмонологии Минздравсоцразвития России²,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Одно из первых мест среди осложнений химиотерапии туберкулеза занимают проявления лекарственной гепатотоксичности, частота которой варьирует от 7 до 74%, при этом на фоне применения препаратов основного ряда лекарственные поражения печени встречаются у 60% пациентов, а при использовании препаратов резервного ряда – в 42,4% случаев.

Новый оригинальный препарат рунихол (янтарная кислота, метионин, таурин, инозин и вспомогательные вещества), позиционируемый как комплексный субстратный антигипоксикант и гепатотропное средство метаболического действия, находится на этапе доклинического изучения.

Цель исследования – сравнительное изучение гепатопротекторного действия рунихола и S-аденозил-L-метионина (SAM) при повреждении печени противотуберкулезными препаратами