

ПРОБЛЕМНАЯ СТАТЬЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.98:578.828.6]-092:617.17.1.064]:613.83

Петросян Т.Р.¹, Шахмарданов М.З.²

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ

¹ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы, 109390, г. Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117513, г. Москва, Россия, ул. Островитянова, д. 1

В статье изложены основные тенденции в заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации за последнее десятилетие. Показано, что большая часть ВИЧ-инфицированных – потребители инъекционных наркотиков. Охарактеризовано иммуносупрессивное влияние психоактивных веществ и особенности течения ВИЧ-инфекции у наркозависимых пациентов. Указано, что наркопотребление сопровождается большим риском присоединения ко-инфекции: вирусных гепатитов с парентеральным механизмом передачи, туберкулеза. Распространение среди ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ парентеральных вирусных гепатитов приобрело огромное медико-социальное значение: гепатитом С страдают свыше 90% потребителей, гепатитом В — около 70-80%. Вирусные гепатиты В и С рассматриваются ко-фактором танатогеаза ВИЧ-инфицированных, коинфекция ВИЧ/ВГС ускоряет темп прогрессирования хронического вирусного поражения печени в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов значительно увеличился удельный вес умерших от хронических вирусных гепатитов, не получавших противовирусной терапии по поводу специфического поражения печени. Охарактеризованы психопатологические изменения при присоединении ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ. Отмечено, что у наркоманов при выявлении у них ВИЧ-инфекции происходит изменение патологического влечения к психоактивным веществам. Если зависимость от психоактивного вещества отсутствовала, то этот психопатологический феномен может внезапно сформироваться, у больных же с наркологическими заболеваниями его клиническая выраженность резко нарастает. Это связано с общим изменением в неблагоприятную сторону психического состояния больных, которым сообщили, что у них ВИЧ-инфекция. С учетом низкой приверженности данного контингента АРТ предложен алгоритм комплексной медико-психологической помощи, направленный на коррекцию психических, поведенческих расстройств и специфическую терапию ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; потребители психоактивных веществ; иммуносупрессия; приверженность АРТ.

Для цитирования: Петросян Т.Р., Шахмарданов М.З. ВИЧ-инфекция и наркопотребление. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2018; 23(2): 60-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9529-2018-23-2-60-67>.

Petrosyan T.R.¹, Shakhmardanov M.Z.²

HIV-INFECTION AND CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

¹Moscow Scientific-Practical Center of Narcology, 37/1, Lyublinskaya str., 109390, Moscow, Russia;

²N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, 1, Ostrovityanova str., 117513, Moscow, Russia

The article describes the main trends in the incidence rate of HIV infection in the Russian Federation over the past decade. The majority of HIV-infected people was shown to be injecting drug users. The immunosuppressive effect of psychoactive substances and peculiarities of HIV infection in drug-dependent patients are characterized. The drug use is considered to be associated with a high risk of co-infection: viral hepatitis via a parenteral transmission mechanism, tuberculosis. The spread of parenteral viral hepatitis among HIV-infected consumers of psychoactive substances has acquired a huge medical and social significance: hepatitis C affects more than 90% of consumers, hepatitis B - about 70-80%. Viral hepatitis B and C are considered as a co-factor in the tanatogenesis in babies of HIV-infected pregnant females, HIV/HCV coinfection accelerates the rate of progression of the chronic viral liver disease to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Among HIV-infected patients, there was significantly increased the proportion of cases killed by chronic viral hepatitis due to lack of the antiviral therapy for specific liver damage. Psychopathological changes in comorbid HIV infection in consumers of psychoactive substances are characterized. In drug users, HIV infection was noted to change the pathological attraction to psychoactive substances. If dependence on psychoactive substance was absent, this psychopathological phenomenon can suddenly arise in patients with narcological diseases, its clinical severity increases sharply. This is due to the general change in the unfavorable side of the mental state of patients, who were informed that they have HIV infection, given the low commitment of this contingent of ART proposed algorithm of complex medical and psychological care aimed at correcting mental, behavioral disorders and specific treatment of HIV infection.

Key words: HIV infection; drug use; immunosuppression; adherence to ART.

For citation: Petrosyan T.R., Shakhmardanov M.Z. HIV-infection and consumption of psychoactive substances. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni* (Epidemiology and Infectious Diseases, Russian journal). 2018; 23(2):60-67. (In Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9529-2018-23-2-60-67>.

Для корреспонденции: Шахмарданов Мурад Зияудинович, доктор мед. наук, проф. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, E-mail: mur2025@rambler.ru

For correspondence: Murad Z. Shakhmardanov, MD, Ph.D., D Sci., professor of the Department of infectious diseases and epidemiology of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, E-mail: mur2025@rambler.ru

Information about authors:

Petrosyan T.R., <https://orcid.org/0000-0002-4629-2980>

Shakhmardanov M.Z., <https://orcid.org/0000-0002-3168-2169>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 03.05.2018

Accepted 05.06.2018

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора за последнее десятилетие выявлены следующие основные тенденции в заболеваемости ВИЧ-инфекцией [1]:

1. С 2011 г. по 2015 г. ежегодный прирост количества новых выявленных случаев инфицирования ВИЧ составлял в среднем 10%. В последние 2 года имеется тенденция к снижению темпов прироста: в 2016 г. 4,1%, в 2017 г. – 2,2%.

2. Общие показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения РФ продолжают возрастать из года в год: в 2016 г. 69,6 случаев на 100 тыс населения; в 2017 г. – 71,1. А пораженность ВИЧ-инфекцией в РФ на 31 декабря 2017 г. составила 643 случая на 100 тыс населения. Наибольший уровень пораженности населения наблюдается в возрастной группе 30 – 44 года.

3. Доля инфицированных в 2017 г. ВИЧ при употреблении психоактивных веществ (ПАВ) составила 43,6%. А общее количество ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в крупных городах РФ в 2017 г. составило от 48,1% до 75,2%.

4. С увеличением масштабов лечения ВИЧ-инфекции в РФ растет распространённость первичной резистентности ВИЧ. По данным ФБУН НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора частота выявления первичной резистентности ВИЧ к применяемым лекарственным препаратам в 2005 г. составляла 3%, а в 2017 г. – 9,7%.

Таким образом, большая часть пациентов с ВИЧ-инфекцией это потребители инъекционных наркотиков (ПИН). Эпидемия ВИЧ-инфекции в РФ продолжается, в том числе, благодаря ПИН, что обуславливает актуальность вопросов коррекции поведенческих расстройств у данной категории больных.

Влияние ПАВ на иммунную систему изучено достаточно хорошо. Различный иммуносупрессивный эффект обнаружен у опиатов [2, 3] и других ПАВ [4].

Под влиянием ПАВ изменяется цитокиновый профиль [5], происходит ослабление функциональных свойств гранулоцитов, макрофагов и натуральных киллеров. В результате развиваются бактериальные и грибковые инфекции. Прием

ПАВ способствует также развитию опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции [6, 7].

ПАВ препятствуют компенсации иммунодефицита даже в случае успешного подавления репликации ВИЧ на фоне АРТ [8].

Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ представлены бактериальными пневмониями, которые отличаются тяжелым течением [9 – 11]

С ВИЧ-инфекцией часто ассоциируется туберкулез: до 40% зараженных ВИЧ-инфекцией ПИН страдают туберкулезом легких [12, 13]. При этом вероятность наличия множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией выше на 24%. [14].

Огромное медико-социальное значение приобретает распространение среди ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ парентеральных вирусных гепатитов: гепатитом С страдают свыше 90% потребителей, гепатитом В — около 70-80% [15 – 17]. Вирусные гепатиты В и С рассматриваются ко-фактором танатогенеза ВИЧ-инфицированных, коинфекция ВИЧ/ВГС ускоряет темп прогрессирования хронического вирусного поражения печени в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов значительно увеличился удельный вес погибших от хронических вирусных гепатитов, не получавших противовирусной терапии по поводу специфического поражения печени [17]. А проведение АРТ может оказывать неблагоприятное влияние на течение хронического вирусного гепатита, способствовать его прогрессированию в отдалённом периоде, т.к. некоторые антиретровирусные препараты обладают гепатотоксичностью [18]. Таким образом, коинфекция парентеральными вирусными гепатитами, встречающимися у абсолютного большинства ВИЧ-инфицированных ПИН создает дополнительный неблагоприятный преморбидный фон.

Следует обратить внимание на особенности течения ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ. У ПИН, имеющих ВИЧ, повышается риск пиогенных и грибковых инфекций, риск развития стрептококковой пневмонии [19]. Нужно также учитывать, что ряд возбудителей оппортунистических инфекций (токсоплазмы, криптококки, цитомегаловиру-

сы и т.п.) могут передаваться при совместном внутривенном употреблении психоактивных веществ от больных, и способны вызывать специфические поражения центральной нервной системы [20].

Течение ВИЧ-инфекции у больных с наркотической зависимостью имеет некоторые особенности. Появляющиеся у них чаще, чем у не употребляющих в/в ПАВ, бактериальные или грибковые абсцессы, флегмоны, пневмонии, сепсис, септический эндокардит не всегда являются следствием ВИЧ-инфекции. Они развиваются на фоне незначительно сниженного или даже нормального уровня лимфоцитов CD4, и поэтому не рассматриваются как признаки определенной стадии заболевания. У ПИН имеет значение изменение иммунологического гомеостаза вследствие приема ПАВ. Опиийная наркомания и прием каннабиоидных наркотиков (гашиш, марихуана) сопровождались дефицитом Т-хелперов [21]. Но, например, морфин приводил к повышению содержания Т-хелперов [21]. Употребление амфетаминов приводило к снижению как Т-хелперов, так и супрессоров [21]. В случаях прекращения наркотизации иммунологический дисбаланс сохраняется. Так, при абстинентном синдроме описаны нарушения, характеризующиеся Т-клеточным иммунодефицитом и активацией факторов гуморального иммунитета [22]. Исследование аутопсийного материала умерших 163 ПИН, при отсутствии у них ВИЧ-инфекции и активного течения вирусных гепатитов, показало генерализованную прогрессирующую атрофию лимфоидной ткани, острую инволюцию в тимусе со снижением продукции тимических гормонов и лимфопоза, опустошение Т- и В-зон в селезенке с миелозом и склерозом пульпы, гиалинозом центров лимфоидных фолликулов, опустошением Т-зон и атрофией В-зон лимфоузлов, атрофия Т-зон и признаки угнетения секреторного иммунитета в мукозассоциированной лимфоидной ткани [21]. Все вышеуказанные факты свидетельствуют об уже имеющемся иммунодефиците у ПИН, который усугубляется ВИЧ.

Отмечено, что у наркоманов при выявлении у них ВИЧ-инфекции происходит изменение патологического влечения к психоактивным веществам. Если зависимость от психоактивного вещества отсутствовала, то этот психопатологический феномен может внезапно сформироваться, у больных же с наркологическими заболеваниями его клиническая выраженность резко нарастает. Это связано с общим изменением в неблагоприятную сторону психического состояния больных, которым сообщали, что у них ВИЧ-инфекция [23].

Изменение психопатологии ПИН при присоединении ВИЧ-инфекции было изучено нами на 450 пациентах наркологического отделения для ВИЧ-инфицированных ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департа-

мента здравоохранения г. Москвы», проходивших лечение в 2012 – 2017 гг. [24].

При получении известия об инфицировании ВИЧ у части больных развивается так называемая шоковая реакция. Она проявляется в двух основных формах: депрессивной и ажитированной. В первом случае заболевшие ощущают острую гнетущую тоску, безнадежность, оцепенение, становятся крайне пассивными. При втором варианте преобладают тревога, неотвязные мысли о заболевании, психомоторное беспокойство. В том и другом случае нарушаются сон и аппетит, падает работоспособность, резко дезорганизуется образ жизни в целом. Повышается риск суицидального поведения.

Наблюдается отдельная категория больных, которые не дают столь выраженной шоковой реакции. Их поведение внешне не меняется. Но под маской безразличия (иногда принимающего характер бравады) исподволь нарастает психопатологическая симптоматика. В случае шоковой реакции, особенно в бессимптомный период развития ВИЧ-инфекции, психическое состояние постепенно вновь улучшается (вплоть до появления чувства относительного благополучия). Но при наступлении стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции психическое состояние больных вновь может утяжелиться.

В латентной стадии течения ВИЧ-инфекции психическое состояние больных может вновь стабилизироваться. При переходе ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний оно, как правило, ухудшается. На 4-й стадии течения ВИЧ-инфекции на первый план могут выйти не функциональные расстройства, а резидуальная патология необратимого или малообратимого характера (когнитивные и амнестические расстройства).

У ВИЧ-инфицированных значительно чаще, чем у неинфицированных, острая интоксикация психоактивными веществами (опьянение) носит атипичный характер. Вместо характерных для этого состояния улучшения настроения и чувства отрешенности от неприятностей у больных усиливаются подавленность, раздраженность, агрессивность, фиксация на неприятных мыслях. Такие особенности характерны даже для опьянения опиоидами, являющимися в обычной практике наиболее мощными средствами, вызывающими успокоение и расслабление. Тем более, описанная трансформация эмоционального фона наблюдается в опьянении не привычным для больного психоактивным веществом, а его заменителем (например, при алкогольном опьянении у больных опиийной наркоманией).

Важно, что у ВИЧ-инфицированных потребителей психоактивных веществ происходит изменение физической зависимости от психоактивного вещества (изменённая толерантность + абстинентное состояние). Она носит более тяжелую форму, чем у не инфицированных ВИЧ.

Переносимость психоактивных веществ в таких случаях хуже, чем у больных с «чистой» зависимостью от психоактивного вещества; она характеризуется небольшим ростом толерантности к психоактивным веществам. Но при этом абстинентные расстройства возникают через более короткий период после последнего эпизода употребления психоактивных веществ и длятся значительно дольше.

Достоверно ассоциируются с ВИЧ-инфекцией потливость по ночам, кашель, глоссит, длительная лихорадка, затылочная лимфаденопатия и длительная диарея.

Помимо перечисленного отмечается высокая частота различных психических нарушений: расстройства поведения, включая тяжелую депрессию с суицидальным поведением, невротические и соматоформные расстройства, психопатические реакции.

После прекращения употребления психоактивных веществ в течение нескольких недель и даже месяцев сохраняются желудочно-кишечные нарушения (гастрит, диарея), сердечно-сосудистые расстройства (низкое АД, аритмия). Резко выражены неврологические симптомы (нистагм, тремор, атаксия, судорожные подергивания мышц конечностей, различные центральные синдромы).

После абстинентных состояний развиваются или обостряются оппортунистические заболевания, характерные для 3 и 4 стадий течения ВИЧ-инфекции, что необходимо учитывать при определении стадии ВИЧ-инфекции.

При сочетании ВИЧ-инфекции и зависимости от психоактивного вещества изменения личности, связанные с функциональной патологией, носят более многообразный и глубокий характер, чем в «чистых» случаях зависимости. Поэтому они с большим трудом поддаются коррекции.

Существующие психопатологические (аффективные, психопатоподобные, неврозоподобные) расстройства осложняются последствиями психогении, связанной с получением больными информации о наличии у них ВИЧ-инфекции, а также неизбежной при этом социальной стигматизацией.

Для данной категории больных характерны более грубые, чем у неинфицированных, страдающих зависимостью от психоактивного вещества, морально-этические дефекты.

При этом они могут носить оттенок бравады, демонстративного пренебрежения общественным мнением, готовностью преступить любые принятые нормы, в том числе требования закона. Такого рода поведение можно рассматривать как агрессивный вариант психологической защиты, возникающий в тяжелой фрустрирующей ситуации.

По мере прогрессирования течения ВИЧ-инфекции, сочетающейся с наркологическими заболеваниями, постепенно развивается выраженное интеллектуально-мнестическое снижение (когни-

тивное расстройство), не характерное для «чистой» опиоидной зависимости. Новый вид патологии как бы перекрывает, вытесняет только что описанные функциональные психические нарушения.

Острые психозы достаточно редко возникают у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и наркологических заболеваний. Это связано с тем, что инфицирование чаще всего происходит у больных с героиновой наркоманией, а для злоупотребления данным видом психоактивных веществ психотические состояния не характерны. Но при употреблении плохо очищенных опиоидов, их комбинаций с другими видами психоактивных веществ или вообще препаратов иных групп, вводимых в/в (например, амфетаминов), острые психозы наблюдаются довольно часто.

Сочетание с ВИЧ-инфекцией в этих случаях обычно утяжеляет их клиническую картину. У таких больных описаны тяжелые варианты делирия: профессиональный или мусситирующий.

Психотические расстройства нередко принимают затяжной характер, сопровождаются выраженными соматоневрологическими нарушениями и тяжелой постпсихотической астенией и амнестическими расстройствами. Долго не восстанавливается критическое отношение к перенесенным болезненным переживаниям. Также описаны случаи, когда сочетание ВИЧ-инфекции на среднем или отдаленном этапах течения и наркологических заболеваний может привести к наиболее тяжелым формам острых психозов. Острые психозы иногда трансформируются в корсаковский синдром или остро развившуюся деменцию.

Нарушения памяти имеют более выраженный характер и возникают чаще, чем в случаях «чистой» зависимости от психоактивного вещества. Если для больных, страдающих опиоидной наркоманией, расстройства памяти не характерны, то при присоединении ВИЧ-инфекции они на 2, 3 стадии и особенно 4 стадии течения инфекционного процесса начинают проявляться, что выражается в усугублении и без того недостаточной работоспособности и изменении социальной адаптации больных. На 4 стадии ВИЧ-инфекции могут развиваться и более тяжелые варианты расстройств памяти.

Эффективность лечения ВИЧ-инфекции напрямую зависит от комплаентности пациентов. Результаты многих исследований демонстрируют низкий охват АРТ ПИН и их более низкую приверженность к АРТ [25, 26].

При анонимном анкетировании ВИЧ-инфицированных лиц в сочетании с туберкулезом лёгких, находившихся в местах лишения свободы, на отказ от лечения АРТ указали 16% респондентов; причинами перерывов и отказов в приеме АРТ и противотуберкулёзных препаратов (ПТП) в 76% респонденты в анкетах указывали на побочные эффекты

от препаратов, а также из-за личностных особенностей, проявлявшихся: неуверенностью в себе, страхом смерти, апатией с дискриминацией самого себя по отношению к здоровому обществу [25]. Выявлены случаи саботирования медикаментов с признаками инсайта: часть респондентов, находившихся в местах лишения свободы, отказывалась принимать ПТП, кроме рифампицина, а отказ от АРТ обуславливали утверждением: «Чем позже начну, тем дольше проживу, я понимаю, что Вы специально даете мне препараты, чтобы я быстрее умер» [25].

В другом социологическом исследовании основными факторами, влияющими на отказ от лечения, являлись медицинские и социально-экономические: злоупотребление алкоголем и возобновление употребления ПАВ, побочные действия препаратов и плохое физическое самочувствие в течение длительного времени, сопутствующая психоневрологическая патология и отсутствие поддержки со стороны близких, трудности в получении препаратов из-за сменившегося графика работы и/или нахождения в командировке в других регионах РФ [26].

Пренебрежительное отношение к лечению с саботированием приёма лекарств в результате собственного или чужого мнения о химиопрепаратах, их плохая переносимость, недостатки психо-социального сопровождения пациентов, сопутствующие девиации у больных – наркомания и алкоголизм являются «разрушающими» факторами комплаентности.

Среди всех прочих равных составляющих успешного антиретровирусного лечения необходимо рассматривать мотивацию пациента на необходимость приёма ВААРТ в течение всей последующей жизни [27]. По многолетнему опыту специалистов Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, приверженность больных к лечению еще никогда не была присуща для всей группы пациентов и составляла в разные годы от 50 до 75% [28]. При детальном рассмотрении причин низкой эффективности лечения, приводящих к смертельным исходам на фоне ВААРТ, был выделен ряд факторов, зависящих непосредственно как от больного, так и от особенностей клинической характеристики и течения инфекционного процесса на фоне лечения. Отсутствие приверженности к терапии было связано, в частности, с необходимостью приема больным большого количества препаратов одновременно, неудобством приёма или с развитием нежелательных явлений, заставляющих больного периодически прерывать терапию. А прерывание АРТ являлось одной из ведущих причин более раннего наступления неблагоприятных исходов [29].

Немаловажным фактором, влияющим на уровень приверженности у ВИЧ-инфицированных

ПИН, являются особенности оказания наркологической помощи при госпитализации в соматический и/или инфекционный стационар. Большинство ВИЧ-инфицированных ПИН, нуждаясь в коррекции инфекционного и/или соматического заболевания, поступают в отделение в состоянии остаточного наркотического опьянения с отсутствующей мотивацией на дальнейшее прекращение употребления наркотиков. В течение ближайших 24 часов с момента последнего внутривенного введения героина у ПИН следует ожидать развития симптомов синдрома отмены. Принятый в настоящее время в РФ подход одномоментного отказа от приёма наркотиков с дальнейшим назначением препаратов из группы нейролептиков, альфа-2-адреномиметиков, транквилизаторов обладает существенными побочными эффектами, не позволяет эффективно купировать болевой синдром и патологическое влечение в структуре синдрома отмены опиатов. В результате за нарушение режима (употребление наркотиков, самовольный уход из отделения) ПИН преждевременно выписывают из стационара [30]. Поэтому лечение ВИЧ-инфекции, а также других заболеваний инфекционного, соматического характера не осуществляется в полном объёме. Вследствие этого возможен рост осложнений, связанных с прогрессированием ВИЧ-инфекции и повышение риска развития резистентности вируса к проводимой АРТ [30].

К сожалению, не существует, да и вряд ли может существовать простой и универсальный метод, который позволил бы сделать так, чтобы все больные, получающие АРТ, могли следовать прописанному режиму. Пожалуй, наиболее эффективным будет являться такой многоуровневый подход, который предполагает воздействие на зависимость от наркотиков в комплексе с АРТ, тем самым формируя высокую приверженность к лечебно-реабилитационным мероприятиям в целом.

Заболевания, связанные с зависимостью, являются болезненным единым процессом, имеющим различные клинические формы, в том числе: химические зависимости: алкоголизм, наркомания, токсикомания; пищевые зависимости; гэмблинг и другие формы зависимого поведения, и феноменологически проявляющимся расстройствами влечения. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды. Таким образом, современная наркология признает полиэтиологичность или био-психо-социальную природу заболеваний, связанных с зависимостью.

В связи с этим в организацию оказания наркологической помощи ВИЧ-инфицированным больным должно входить решение не только медицинских задач, но, прежде всего, организация системного подхода, учитывающего как медицинские, так и психологические, социокультурные и информационные аспекты лечения и коррекции индивидуального психического дизонтогенеза у больных наркологического профиля.

Одновременно с этим необходимо учитывать, что у большинства больных в случаях формирования ремиссии и остановки болезненного процесса остается сумма предрасполагающих факторов, то есть сохраняется патологическое состояние, что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения, с одной стороны, и психологической и социокультурной реабилитации, с другой. При лечении больных с наркозависимостью и ВИЧ-инфекцией должны быть скоординированы работы служб четырех направлений: инфекционист, нарколог, психолог и специалист по социальной работе.

Технологическая цепочка вышеописанного процесса выглядит следующим образом.

В день обращения больного в наркологический стационар в приемном отделении с ним общаются врач психиатр-нарколог и психолог. Данная беседа способствует выявлению факторов, влияющих на исход лечения, а именно: выявляются убеждения больного относительно процесса лечения, своей болезни и будущего; проводится краткое информирование о течении и симптомах болезни; формируются краткосрочные и долгосрочные цели. Далее больной поступает в линейное отделение, где повторно, но более подробно общается с врачом психиатром-наркологом и психологом. Собираются сведения из анамнеза жизни, анамнеза болезни, где расставляются акценты на следующую информацию: перечень потребляемых психоактивных веществ и их комбинации, возраст начала потребления каждого из этих веществ; активность потребления в течение жизни; изменение действия психоактивных веществ со временем; изменение толерантности, передозировки и появление абстинентного синдрома; попытки отказа от психоактивных веществ; осложнения, связанные с потреблением психоактивных веществ (гепатиты, абсцессы и т. д.); характер и результаты предшествующих лечений. При беседе врачу стоит обращать внимание и на внешние признаки интоксикации/абстиненции во избежание осложнений от сочетания наркотиков и лекарств, так как часто наркозависимые обманывают врачей о состоянии на момент обращения. Данный этап условно называется этап первичного консультирования.

Далее следует этап стабилизации психического состояния и физического здоровья, то есть купирование абстинентного синдрома. В структуре абсти-

нентного синдрома выделяют следующие составляющие: алгический, вегетативный (гипергидроз всего тела, подъем АД, тахикардия, слезотечение, частая зевота, понос, тремор конечностей, отсутствие аппетита, учащенное дыхание), психопатологический (аффективные расстройства, патологическое влечение, поведенческие расстройства). Выраженность симптомов отмены оценивается с помощью визуально-аналоговых шкал боли и влечения к наркотику. Купирование абстинентного синдрома может длиться до 10 сут, при этом используются лекарства и дозы в соответствии со стандартами оказания наркологической помощи в Российской Федерации. После купирования абстинентного синдрома врач-инфекционист консультирует больного, что включает в себя оценку жалоб, визуальный осмотр, измерение массы тела. Целесообразно определение иммунного статуса и вирусной нагрузки в наркологических стационарах. Часто больные последний раз обследовались несколько лет назад, и возможно, что после купирования абстинентного синдрома на фоне актуализации влечения к наркотику, они выпишутся досрочно и снова выпадут из поля зрения врача-инфекциониста, так как будут употреблять психоактивные вещества.

Далее следует этап купирования психопатологических расстройств в постабстинентном состоянии. С зависимым больным заключается соглашение, больной подписывает контракт, то есть происходит стимуляция выхода больного на «субъект-субъектные» отношения, сознательное включение в процесс лечения. Составляется индивидуальная программа лечения врачом, психологом и социальным консультантом на основании психосоциальной истории, которая корректируется по мере прохождения курса лечения, выявления новой значимой информации о больном, продвижения в лечебной программе. Исходя из концепции болезни зависимостей, пик психопатологических расстройств приходится на первые 14 сут после отмены психоактивных веществ. Следовательно, на этом этапе врач может снижать дозы лекарств, желателен переход от «больших» к атипичным нейролептикам в минимальных терапевтических дозировках, так как широко известно, что атипичные нейролептики менее токсичны и лучше воздействуют на негативную симптоматику — отсутствие критики к болезни, отрицание болезни, «наркоманское мышление». Работа психолога на этом этапе заключается в следующем: исследовать убеждения больного; изменить убеждения, препятствующие выздоровлению; информировать о причинах возникновения, течении и симптомах болезни; дать эмпатическую поддержку; помочь справиться с негативными чувствами; способствовать формированию мотивации на длительную ремиссию; помочь в формировании ближайших и долгосрочных целей; диагностировать особенности познавательной

сферы и выявить основные личностные черты; особенности межличностного взаимодействия; определить ведущие механизмы психологической защиты. Реализовать вышеперечисленное психолог может проведением информационных лекций, групповых занятий и индивидуальных консультаций с учетом данных психодиагностического обследования. Целью проведения информационных лекций является изменение у больного отношения к употреблению психоактивных веществ и формирование представления об употреблении как и о патологическом влечении, которым можно научиться управлять. Основные темы лекций: наркомания, алкоголизм — болезнь; природа зависимости; симптомы зависимости; формы психологической защиты у зависимых; нейро-биологическая теория зависимости; негативные личностные характеристики; рецидивы (срывы) и стратегии их профилактики; психологические факторы формирования зависимости. Ориентируясь на выбор больного, в конце данного этапа оценивают успешность формирования приверженности. А выбор может быть как в пользу продолжения лечения с переходом на следующий этап (реабилитация), так и в пользу болезни, — отказ от лечения, надежду на «самостоятельное воздержание» от приёма наркотиков.

Таким образом, больные, прошедшие все этапы, в результате приобретают хорошее физическое самочувствие, полное представление о своей болезни, навыки и умения поддержания трезвого образа жизни. Однако переход в реальный мир повседневности, после выписки из реабилитационного отделения, ставит больного перед необходимостью решения новых для него задач и проблем, к чему он психологически может быть не готов. Такой разрыв между удовлетворительным самочувствием и психологической несостоятельностью может повлечь за собой бегство от жизненных трудностей «обратно в болезнь». Является целесообразным использование пролонгированных антагонистов опиоидных рецепторов. Лекарственная форма налтрексона для внутримышечного введения один раз в месяц недавно одобрена для профилактики рецидивов у больных после программы лечения опиоидной зависимости. В таком случае появляется возможность регулярно наблюдать этих больных, так как они обращаются в наркологическое учреждение (стационар, либо дневной стационар, либо диспансер) для повторного введения препарата. В таком случае осуществляется регулярный мониторинг процесса приема АРТ. В этом контексте использование пролонгированного антагониста позволяет не только продлевать ремиссии, но и повысить эффективность АРТ путем усиления приверженности лечению.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Справка. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации Available at: http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2017.pdf*
2. Гамалея Н.Б. Иммуноterapia при наркологических заболеваниях (II часть). *Вопросы наркологии*. 2012; 1: 84 – 112.
3. Хамитов Р.Ф., Мустафин И.Г., Чернова О.Л. Клинико-иммунологические параллели у больных с наркотической зависимостью. *Казанский медицинский журнал*. 2012; 93(5): 796-9.
4. Цыган В.Н., Акперов Э.К., Востриков В.В., Шабанов П.Д. Иммунные дисфункции у наркозависимых и способы их коррекции. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2007; 5(4): 2-81.
5. Ковалев И.А., Шаркова В.А., Шиванова А.Ю., Кругляк С.П. Цитокиновый спектр при различных состояниях наркомании у пациентов с ВИЧ-инфекцией. *Фундаментальные исследования*. 2014; 7(5): 960-3.
6. Подымова А.С., Рассохин В.В. ВИЧ и онкология. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2017; 9(2): 100-3.
7. Рассохин В.В. ВИЧ-инфекция и саркома Капоши. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012; 4(4): 7-18.
8. Олейник А.Ф., Фазылов В.Х. Причины иммунологической неэффективности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией. *Казанский медицинский журнал*. 2014; 95(4): 581 – 8.
9. Зимица В.Н., Астафьев А.В. Внебольничные пневмонии у взрослых больных ВИЧ-инфекцией: особенности течения и лечения, профилактика. *Пульмонология*. 2016; 26(4): 488 – 97.
10. Ватулин Н.Т., Колесников В.С., Тараторина А.А., Ещенко Е.В. Особенности течения пневмонии у ВИЧ-инфицированных пациентов. *Архивъ внутренней медицины*. 2016; 1 (27): 71 – 6.
11. Михайловский А.М., Чуркин С.А. Пневмоцистная пневмония у больных с сочетанной патологией туберкулеза и ВИЧ-инфекцией по данным патоморфологических исследований. *Вестник современной клинической медицины*. 2015; 2: 28 – 32.
12. Карасева Т.В., Козлова А.В., Лешок С.Н., Белобородова Н.Г., Леванова Е.Е., Решетникова С.В. и др. Генерализованный туберкулез – маркер ВИЧ-инфекции. *Университетская медицина Урала*. 2016; 2(5): 24-6.
13. Борисова О.В. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных пациентов (Обзор литературы) *Вестник молодого учёного*. 2016; 15(4): 12-7.
14. Хорошилова Н.Е., Райкова И.В., Лушников А.В. Ситуация по сочетанной патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2017; 70: 80-3.
15. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н. Клинико-лабораторная характеристика парентеральных вирусных гепатитов у больных наркоманиями. *Вопросы наркологии*. 1999; 4: 29 – 32.
16. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В. Парентеральные вирусные гепатиты в наркологической практике. В кн.: Иванец Н.Н., ред. *Руководство по наркологии*. М.; 2002: 358-78.
17. Хохлова А.В. Вирусные гепатиты в сочетании с ВИЧ-инфекцией на аутопсийном материале. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2015; 7(2): 77 – 84.
18. Моисеев С.В., Абдурахманов Д.Т., Кожевникова Г.М., Канстри В.Г. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных пациентов. *Клиническая фармакология и терапия*. 2011; 20(4): 62–8.
19. Столбова М.В., Либис Р.А., Шарапов С.В., Боркина А.Н. Современные аспекты диагностики и лечения внебольничной пневмонии у «солевых» наркоманов. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; 5: 235.
20. Шеломов А.С., Степанова Е.В., Леонова О.Н., Смирнова Н.Л. Оппортунистические заболевания как причины поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией. *Журнал инфектологии*. 2016; 8(3): 107-15.
21. Пиголкин Ю.И., Гасанов А.Б., Турсунов Р.А., Хушкадамов З.К. Клинико-морфологическая характеристика приобре-

- тённого иммунодефицитного синдрома при хронической наркомании и хронической алкогольной интоксикации. *Вестник Авиценны*. 2009; 3(40): 91-6.
22. Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Матафонова Е.В. Иммуногематологическая характеристика больных опийной наркоманией на этапах синдрома отмены. *Наркология*. 2010; 9(12): 41 – 6.
 23. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В. ВИЧ-инфекция в практике нарколога: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение. В кн.: Иванец Н.Н., ред. *Руководство по наркологии*. М.; 2002: 379-94.
 24. Мазус А.И., Каминский Г.Д., Зимина В.Н. и др. *Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых*. М.; 2013.
 25. Быхалов Л.С. Инсайт как фактор, влияющий на комплаентность в лечении туберкулёза ассоциированного с ВИЧ-инфекцией. *Международный журнал экспериментального образования*. 2015; 9: 115.
 26. Астахова Л.В., Кушева Н.И. Анализ причин прекращения приёма препаратов ВААРТ. *Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области*. 2016; 2(3): 89-90.
 27. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2013; 5(1):7–33.
 28. Дворак С.И., Степанова Е.В., Рассохин В.В., Малькова Т.В. Причины прекращения ВААРТ. Результаты длительного наблюдения. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2011; 3(3): 52–7.
 29. Захарова Н.Г., Дворак С.И., Губа З.В., Плавинский С.Л., Рассохин В.В., Беляков Н.А. и др. Причины неблагоприятных исходов у больных с ВИЧ-инфекцией, принимавших ВААРТ. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2015; 4: 52-63.
 30. Булеков И.С. Наркопотребление как главный элемент неприерженности ВААРТ. Можно ли сформировать приверженность у активного наркопотребителя. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2011; 3(4): 20-4.

REFERENCES

1. *HIV infection in the Russian Federation*. Available at: http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2017.pdf.
2. Gamaleyeva N.B. Immunotherapy for narcological diseases (Part II). *Voprosy narkologii*. 2012; 1: 84 – 112. (in Russian)
3. Hamitov R.F., Mustafin I.G., Chernova O.L. Clinical and immunological parallels in patients with drug dependence. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2012; 93(5): 796-9. (in Russian)
4. Cygan V.N., Akperov Eh.K., Vostrikov V.V., Shabanov P.D. Immune dysfunction in drug addicts and ways to correct them. *Obzory po klinicheskoy farmakologii i lekarstvennoy terapii*. 2007; 5(4): 2-81. (in Russian)
5. Kovalev I.A., Sharkova V.A., Shivanova A.YU, Kruglyak S.P. Cytokine spectrum in different states of drug addiction in patients with HIV infection. *Fundamentalnye issledovaniya*. 2014; 7(5): 960-3. (in Russian)
6. Podymova A.S., Rassohin V.V. HIV and oncology. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2017; 9(2): 100-3. (in Russian)
7. Rassohin V.V. HIV infection and sarcoma of Kaposhi. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2012; 4(4): 7-18. (in Russian)
8. Oleynik A.F., Fazylov V.H. Causes of immunological inefficiency of antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 95(4): 581 – 8. (in Russian)
9. Zimina V.N., Astaf'ev A.V. Community-acquired pneumonia in adults with HIV infection: features of the course and treatment, prevention. *Pulmonologiya*. 2016; 26(4): 488 – 97. (in Russian)
10. Vatutin N.T., Kolesnikov V.S., Taratorina A.A., Eshchenko E.V. Peculiarities of pneumonia in HIV-infected patients. *Arhiv vnutrenney meditsiny*. 2016; 1 (27): 71 – 6. (in Russian)
11. Mihajlovskij A.M., Churkin S.A. Pneumocystis pneumonia in patients with concomitant pathology of tuberculosis and HIV infection according to pathomorphological studies. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny*. 2015; 2: 28 – 32. (in Russian)
12. Karaseva T.V., Kozlova A.V., Leshok S.N., Beloborodova N.G., Levanova E.E., Reshetnikova S.V. et al. Generalized tuberculosis is a marker of HIV infection. *Universitetskaya meditsina Urala*. 2016; 2(5): S.24-6. (in Russian)
13. Borisova O.V. Tuberculosis in HIV-infected patients (Review of the literature). *Vestnik mladogo uchenogo*. 2016; 15(4):12-7. (in Russian)
14. Horoshilova N.E., Rajkova I.V., Lushnikova A.V. The situation of combined pathology of tuberculosis and HIV infection in the Russian Federation. *Nauchno-meditsinskiy vestnik Centralnogo Chernozemya*. 2017; 70: 80-3. (in Russian)
15. Shakhmardanov M.Z., Nadezhdin A.V., Ivanov A.I., Avdeev S.N. Clinico-laboratory characteristics of parenteral viral hepatitis in patients with drug addiction. *Voprosy narkologii*. 1999; 4: 29 – 32. (in Russian)
16. Shakhmardanov M.Z., Nadezhdin A.V. *Parenteral viral hepatitis in narcological practice*. In: Ivanec N.N., eds. *Guide to Narcology [Rukovodstvo po narkologii]*. M.; 2002: 358-78. (in Russian)
17. Hohlova A.V. Viral hepatitis in combination with HIV infection on autopsy material. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2015; 7(2): 77 – 84. (in Russian)
18. Moiseev S.V., Abdurahmanov D.T., Kozhevnikova G.M., Kanestri V.G. Chronic hepatitis C in HIV-infected patients. *Klinicheskaya farmakologiya i 2011; 20(4): 62–8. (in Russian)*
19. Stolbova M.V., Libis R.A., Sharapov S.V., Borkina A.N. Modern aspects of diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia in “salt” addicts. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015; 5: 235. (in Russian)
20. Shelomov A.S., Stepanova E.V., Leonova O.N., Smirnova N.L. Opportunistic diseases as causes of central nervous system damage in patients with HIV infection. *Zhurnal infektologii*. 2016; 8(3): 107- 15. (in Russian)
21. Pigolkin Yu.I., Gasanov A.B., Tursunov R.A., Hushkadamov Z.K. Clinico-morphological characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome in chronic drug addiction and chronic alcohol intoxication. *Vestnik Avitsenny*. 2009; 3(40): 91-6. (in Russian)
22. Vetlugina T.P., Bohan N.A., Matafonova E.V. Immunohematological characteristics of patients with opiate addiction at the stages of withdrawal syndrome. *Narkologiya*. 2010; 9(12): 41 – 6. (in Russian)
23. Shakhmardanov M.Z., Nadezhdin A.V. HIV infection in the practice of the narcologist: epidemiology, clinic, diagnosis and treatment. In: Ivanec N.N., eds. *Guide to Narcology [Rukovodstvo po narkologii]*. M.; 2002: 379-94. (in Russian)
24. Mazus A.I., Kaminskiy G.D., Zimina V.N. et al. *National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of HIV infection in adults [Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu VICH-infektsii i vzroslykh]*. Moscow; 2013: 68. (in Russian)
25. Byhalov L.S. Insight as a factor influencing compliance in the treatment of tuberculosis associated with HIV infection. *Mezhdunarodnyy zhurnal ehkperimental'nogo obrazovaniya*. 2015; 9: 115. (in Russian)
26. Astahova L.V., Kushcheva N.I. Analysis of the causes of discontinuation of HAART. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2016; 2(3): 89-90. (in Russian)
27. Belyakov N.A., Levina O.S., Rybnikov V.Yu. Formation of adherence to treatment in patients with HIV infection. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2013; 5(1): 7–33. (in Russian)
28. Dvorak S.I., Stepanova E.V., Rassohin V.V., Mal'kova T.V. Causes of cessation of HAART. Results of prolonged follow-up. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2011; 3(3): 52–7. (in Russian)
29. Zaharova N.G., Dvorak S.I., Guba Z.V., Plavinskij S.L., Rassohin V.V., Belyakov N.A. et al. Causes of adverse outcomes in patients with HIV infection who took HAART. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2015; 4: 52-63. (in Russian)
30. Bulekov I.S. Drug consumption is the main element of HAART non-adherence. Is it possible to form adherence to an active drug user. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2011; 3(4): 20-4. (in Russian)

Поступила 03.05.2018

Принята в печать 05.06.2018

Сведения об авторах:

Петросян Тигран Робертович, канд. мед. наук, зав. наркологическим отд-нием для ВИЧ-инфицированных, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы, E-mail: ptr109080@googlemail.com; **Шахмарданов Мурад Зияудинович**, доктор мед. наук проф. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии, ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, E-mail: mur2025@rambler.ru