

ная фармакология в кардиологии. – 2011. – Приложение к № 1-2. – С. 1- 68.

8. Allessic M. Electrical, contractile and structural remodeling during atrial fibrillation / M. Allessic, J. Ausma, U. Schjitten // J. Cardio-vasc. Res. – 2002. – Vol. 54 – P. 230-246.
9. Benjamin E. Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framingham Heart Study / E. Benjamin, P. Wolf, R. D' Agostino [et al.] // Circulation. – 1998. – Vol. 98/ – P. 30-33.
10. Coll-Vinent B. Tretment of atrial fibrillation at different levels of health care / B. Coll-Vinent, M. Junyent, J. Orus [et al.] // Med. Clin. – 2007. – Vol. 128, № 4. – P. 125–129.
11. Coumel P., Leclercg J.F., Attuel P., Paroxysmal atrial fibrillation. In : Kulbertus H.E., Olsson S.B., Schlepper M., eds. Atrial fibrillation. Kiruna, Sweden : Molndal ; 1982 : 158 – 75.
12. Gerds E. Correlates of left atrial size in hypertensive patients with left ventricular hypertrophy: the Losartan Intervention For Endpoint Reduction in Hypertension [LIFE] Study / E. Gerds, L. Oikarinen, V. Palmieri et al. // Hypertension. – 2002. – Vol. 39, №3. – P. 739-743.
13. Go A.S. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the An Ticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study / A.S. Go, E.M. Hylek, Y. Chang [et al.] // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2370-2375.
14. Izzo Joseph L. Mechanisms and management of hypertensive heart disease: from left ventricular hypertrophy to heart failure / Joseph L. Izzo, Alan H. Gradman. // Med Clin N Am. – 2004. – Vol. 88. – P. 1257–1271.
15. Haney S. Diastolic heart failure: a review and primary care perspective / S. Haney, D. Sur, Z. Xu // J Am Board Fam Pract. - 2005. – Vol. 18(3). – P. 189.

УДК 616.9-097-022:633.75:616.8-009.68

© Л.Ю. Беспалова, 2012

Л.Ю. Беспалова

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ ПОСЛЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Астения, считающаяся «неспецифическим», малоинформативным состоянием, у зависимых от опиоидов после присоединения ВИЧ-инфекции имеет определенную динамику и своеобразную структуру. Это позволяет выделить гиперстенический и гипостенический варианты астенического синдрома в зависимости от прогрессивности и тяжести опиоидной наркомании, осложненной ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: астения, опиоиды, ВИЧ-инфекция.

L.Yu. Bespalova

STRUCTURE AND DYNAMICS OF ASTHENIC SYNDROM IN HIV INFECTED DRUG ADDICTS

Asthenia is considered a “non specific” hypoinformative condition of certain dynamics and peculiar structure in opioid-dependent individuals following HIV infection transmission. It ensures a possibility to reveal hypersthenic and hyposthenic variations of the syndrome depending on the progression and gravity of the opium addiction, complicated by HIV infection.

Key words: asthenia, opioid, HIV infection.

Рассматривание синдромальных особенностей болезни, развивающейся при хронической интоксикации опиоидами после присоединения ВИЧ-инфекции, основано на концепциях И.В. Давыдовского (1962) и А.В. Снежневского (1983) о синдромообразованиях. По мнению авторов, синдром, описываемый изолированно, выражает лишь один этап развития болезни, один отрезок ее патокинеза. Вместе с тем в каждом синдроме имеются особенности, дающие возможность отнести их к определенной нозологии. Любой синдром, даже самый простой и универсальный, к которому причисляется прежде всего астенический, не статичен, а более динамичен. Астенический синдром, представляющий собой патологически продуктивное образование, одновременно выступает в единстве с дефицитарными, негативными знаками, «минус-расстройствами». Нозологическая принадлежность синдрома обнаруживается в результате видоизменений клинической карти-

ны и течения заболевания.

Этот принцип деления психопатологических синдромов на позитивные и негативные и их взаимосвязь наглядно иллюстрирует астенический синдром у зависимых от опиоидов после присоединения ВИЧ-инфекции.

Несмотря на всеобщее утверждение, что астения является малоинформативным «неспецифическим» синдромом [6], в наших наблюдениях астенический симптомокомплекс имел свою сложную структуру и видоизменения, динамику, а также содержал определенную специфическую информацию, характерную для этого контингента пациентов.

Целью настоящего исследования является изучение структуры и динамики астенических расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов.

Материал и методы

Обследовано 228 пациентов с опиоидной зависимостью с 1,2,3-й стадиями заболевания (F11) после присоединения ВИЧ-инфекции

(основная группа), состоящих на учете в Городском центре по профилактике и борьбе со СПИД г. Алматы за период с 2006 по 2010 гг.

У всех 228 пациентов диагноз ВИЧ-инфекции верифицирован в ИФА и иммунном блотинге с дальнейшим клиническим подтверждением. Основным критерием отбора тематических пациентов с зависимостью от опиоидов было наличие достоверных признаков ВИЧ-инфекции 1, 2, 3-й стадии по классификации ВОЗ (2006), принятой в Казахстане.

В исследования включена контрольная группа из 190 человек зависимых от опиоидов без признаков ВИЧ-инфекции, проходивших стационарное обследование и лечение в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии (РНЦППН).

У всех лиц, включенных данное исследование, опиная зависимость сформировалась в связи со злоупотреблением опиоидами. Преобладающим способом введения наркотика был внутривенный.

Таблица 1

Распределение больных по полу						
Пол	Основная группа, n = 228			Контрольная группа n = 190		
	абс. число	%	SR	абс. число	%	SR
Мужчины	197	86,4	2,0	116	61,1	-2,2
Женщины	31	13,6	-3,5	74	39	3,8
Всего...	228	100		190	100	

Примечание. SR – нормированный остаток.

При проведении исследования в основной группе участвовали 86,4% мужчин и 13,6% женщин, в контрольной группе – 61,1% мужчин и 39,0% женщин (табл. 1). Критерий χ^2 показал наличие соответствия между группами и полом ($\chi^2=35,409$; $df=1$; $p<0,001$). Метод нормированных остатков показал, что в основной и контрольной группах достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются мужчины.

Среди пациентов основной группы лица мужского пола более чем в 4 раза превышали число женщин, в контрольной группе – более чем в 2 раза, что совпадает с литературными данными о преобладании мужчин среди потребителей инъекционных наркотиков [2,4].

По возрастному составу в основной группе преобладали лица в возрасте 26-30 лет (62,7%) (SR = 2,0; $p<0,05$). В контрольной группе чаще встречались пациенты в возрасте 41-45 лет (19,6%) (SR = 3,1; $p<0,01$) и 46-50 лет (21,1%) (SR = 3,6; $p<0,001$).

Использовались следующие методы исследования: клиничко-психопатологический, катamnестический, клиничко-статистический с применением программы SPSSV15,1 и пакета

статистического анализа данных Microsoft Excel 2003.

В работе также использовалась специально разработанная анкета-опросник, состоящая из 56 пунктов, в каждом пункте предусматривались от 3 до 6 вопросов, позволивших получить полный анализ поставленных задач исследований.

Результаты и обсуждение

В ходе настоящего исследования у большинства пациентов независимо от стажа наркотизации были выявлены астенические расстройства: в основной группе у 76 чел. (33,3%) и в контрольной группе у 41 чел. (21,6%).

Наиболее часто регистрируемыми симптомами астении у пациентов обеих групп являлись симптомы физической астении, проявляющиеся вялостью, быстрой утомляемостью, снижением активности, эмоциональной лабильностью и гиперестезией. Эти симптомы у ВИЧ-негативных наркозависимых пациентов были выражены в структуре синдрома отмены и постабстинентного состояния. У ВИЧ-инфицированных, зависимых от опиоидов, астения была постоянным фоном с выраженной вялостью, чувством бессилия, тяжелыми нарушениями сна и замедлением мыслительных процессов.

На основании комплекса ведущих симптомов выделены два варианта астенического синдрома в рамках позитивных и негативных психопатологических расстройств у зависимых от опиоидов.

Таблица 2

Распределение диагностированных случаев астенических расстройств в зависимости от варианта астении в исследуемых группах

Вариант астении	Основная группа, n=76		Контрольная группа, n=41	
	абс. число	%	абс. число	%
Гиперстенический	31	40,8	27	65,8
Гипостенический	45	59,2	14	34,1

Как следует из полученных данных табл. 2, для подавляющего большинства пациентов основной группы (59,2%) был более характерен гипостенический вариант астении, а для контрольной группы – гиперстенический вариант астении (65,8%).

Гиперстенический вариант астении или эмоционально-гиперэстетическое расстройство, рассматривается как проявление позитивного уровня. Гипостенический вариант астении, или «истощаемость психической деятельности», – как расстройство, относящееся к негативным нарушениям [5].

Такое деление проведено с учетом клинических проявлений и прогностических критериев астенического синдрома у обследован-

ных, зависимых от опиоидов. В структуре гиперстенического варианта астении преобладали: эмоциональная лабильность, раздражительность, гиперестезия, несдержанность, суетливость, напряженность, склонность к тревожным опасениям.

Расстройство сна характеризовалось трудностью засыпания, поверхностным сном, тяжелыми сновидениями, утренней вялостью. Гиперстеническая астения сопровождалась потливостью, сердцебиением, жаждой, мелким тремором, ощущением нехватки воздуха.

В структуре гипостенической «органической» астении, соответствующей астеническому варианту психоорганического синдрома, описанного Е. Bleuler (1911), преобладали пассивность, аспонтанность, адинамия, бессилие, замедленность мыслительных процессов, понижение активности, снижение мотивации, сопровождавшиеся неглубоким сном, дремотным состоянием днем, постоянным субфебрилитетом, которые были взаимосвязаны с тяжестью наркотической зависимости после присоединения ВИЧ-инфекции.

Таблица 3
Стадии зависимости от опиоидов с астеническим синдромом после присоединения ВИЧ-инфекции

Астенический синдром	Стадии опийной зависимости, n=76								
	I, n=5			II, n=45			III, n=26		
	абс. число	%	SR	абс. число	%	SR	абс. число	%	SR
Гиперстенический	5	6,6	1,2	5	6,6	-3,1	0	0	-3,9
Гипостенический	0	0	-1,4	40	52,6	2,6	26	34,2	3,7
Всего...	5	6,6		45	59,2		26	34,2	

Критерий χ^2 продемонстрировал наличие соответствия между стадиями и астеническими синдромами ($\chi^2=57,598$; $df=2$; $p<0,001$). Метод нормированных остатков показал, что гипостенический вариант астении встречался достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом во 2-й ($SR = 2,6$; $p<0,01$) и в 3-й ($SR = -3,7$; $p<0,001$) стадиях ВИЧ-инфицированных с опийной зависимостью.

Двухвыборный тест Колмогорова-

Смирнова свидетельствовал о наличии статистически значимых различий по астеническому синдрому (Z Колмогорова-Смирнова = 3,593; $p<0,001$).

У преобладающего большинства пациентов основной группы (97,8%) ВИЧ-инфекция выявлена во 2- и 3-й стадиях зависимости от опиоидов, лишь у 2,2% - в 1-й стадии заболевания. Определение точного срока заражения ВИЧ-инфекцией у зависимых от опиоидов не представлялось возможным. Приведенные в табл. 3 данные показывают, что гипостенический вариант астенического синдрома является показателем тяжести опийной зависимости, осложненной ВИЧ-инфекцией, и встречался преимущественно во 2- (52,6%) и 3-й (34,2%) стадиях опийной зависимости.

Данные табл. 3 являются дополнительным подтверждением клинической градации астенического синдрома по стадиям заболевания.

Утяжеление структуры астенического синдрома с преобладанием гипостенического варианта и появлением когнитивных расстройств являлось предвестником более тяжелых изменений личности в клинике коморбидной патологии [1,3,7].

Такое деление астенического синдрома с выделением вариантов разного регистра имеет практическое значение при постановке диагноза, определении прогноза заболевания и разработке тактики лечения.

Выводы

Присоединение ВИЧ-инфекции у пациентов с опийной зависимостью утяжеляет течение заболевания, выражающееся в том, что астенический симптомокомплекс у ВИЧ-позитивных, в отличие от ВИЧ-негативных пациентов, приобретает органический характер, способствуя раннему формированию нарко-ВИЧ-энцефалопатии.

Сведения об авторе статьи:

Беспалова Людмила Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова. Адрес: 050012, Республика Казахстан, г.Алматы, Толе би, 88, тел.: (87272) 21-13-71

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, В.В. Нарушение психической адаптации человека при ВИЧ-инфекции: автореф. дис ... д-ра мед. наук.-М., 1999.-45с.
2. Иванец, Н.Н. Героиновая наркомания (постабстинентные состояния: клиника и лечение) / Н.Н.Иванец, М.А.Винникова. – М.: «МЕДПРАКТИКА», 2001. – С.18-28.
3. Игонин, А.Л. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция/ А.Л.Игонин, К.Н.Шаклеин. – М., 2006. – 264с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. / Эпидемиология наркологических заболеваний. / Наркология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – С.15-31.
5. Руководство по психиатрии/ под ред. А.В.Снежневского. – М.: «Медицина», 1983. – Т.1. – С.80-86.
6. Руководство по психиатрии/ под ред. А.С.Тиганова. – М.:«Медицина», 1999. – С.30-31.
7. Rounsaville B.J., Kleber H.D Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Course and Interaction with Program Type// In: R.E Meyer (Ed). Psychopathology and Addictive Disorders. 1986.