
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том VIII № 1

2008

Павлодар

Редакционная коллегия:

профессор, д.м.н. А. Л. Катков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н. М. Абдиров; д.м.н. Ю. А. Россинский (заместитель главного редактора); А. Н. Рамм (ответственный секретарь); к.м.н. Е. В. Денисова (редактор); профессор Н. А. Бохан; профессор О. Т. Жузжанов; профессор Н. Т. Измаилова; Р. М. Кошегулова; д.м.н. С. А. Нурмагамбетова; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; к.м.н. А. Ю. Толстикова; профессор А. А. Чуркин; О. Г. Юсопов

Редакционный совет:

А. А. Аканов (Алматы); Ю. В. Валентик (Москва); Ж. А. Доскалиев (Астана); В. Ю. Завьялов (Новосибирск); Н. Н. Иванец (Москва); Р. Г. Илешева (Алматы); Г. М. Кудьярова (Алматы); И. Е. Куприянова (Томск); В. Н. Михайлов (Москва); А. В. Нересов (Астана); Л. А. Степанова (Томск); Н. К. Хамзина (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1943-Ж выдано
Министерством культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы наркологии Казахстана”
решением коллегии ВАК от 20.02.2004 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 2001 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
телефон (факс): 8(7182) 60-50-93.
E-mail: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

РГКП
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНЫХ
ПРОБЛЕМ
НАРКОМАНИИ»

Том VIII
№ 1
2008 год

выходит
4 раза в год

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Катков А. Л.

Концепция и проект Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

7-19

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ахметова Т. М., Кульшарипова З. К., Хусаинова Т. А.
Детский алкоголизм и наркомания как социально-педагогическая проблема

20-21

Винокурова Т. О., Ракишева А. С., Тлеубаева Ш. М.
О роли социальных последствий алкоголизма и наркомании

22-25

Жаныбеков С. Д., Онгарова В. Н., Брызжакина Ж. Д., Елеусизова Л. Ж., Шаймарданов Е. К., Шпаковский А. И.
О социальных и психологических факторах, формирующих зависимость к психоактивным веществам (эпизодическое употребление)

25-27

Құлунбаева А. А., Кабанен О. В., Бектемиров Ж. К.

Роль социальных факторов в генезе наркомании

27-29

Құлунбаева А. А., Кабанен О. В., Бектемиров Ж. К.
Формы психологических защит у наркологических больных

30-31

Молчанов С. Н., Нургазина А. З., Дробитько О. Ю., Кокпенов С. Ж., Тотина И. К., Ахметжанова С. К.

Терапевтическое сообщество как метод реабилитации наркологических больных

31-34

Нургазина А. З., Молчанов С. Н., Дробитько О. Ю., Тотина И. К., Ахметжанова С. К.

Критерии и особенности созависимости

34-38

Пак Т. В., Молчанов С. Н., Асланбекова Н. В., Ермолаев О. В.

Основные подходы и принципы социальной реабилитации лиц с наркотической зависимостью

38-41

КЛИНИКА

Айтбаев Д. К., Сыздыков С. В., Арабок И. А., Жалтыров Р. Л., Жакупова Д. А., Кожанов К. Б., Айтбаева Д. Д., Мейрханов Н. К.

Клинический анализ краш-синдрома с летальным исходом у наркозависимого больного

42

Айтбаев Д. К., Сыздыков С. В., Амренова С. Т., Арабок И. А., Жалтыров Р. Л., Жакупова Д. А., Кожанов К. Б., Мейрханов Н. К., Айтбаева Д. Д.

Случаи успешной консервативной терапии множественных абсцессов головного мозга у наркозависимой больной

42-44

<i>Винокурова Т. О., Ракишева А. С.</i>	
Психофармакотерапия зависимости от кокаина	44-50
<i>Жаныбеков С. Д., Сулейменова С. Д., Брызжахина Ж. Д., Елеусизова Л. Ж., Шаймарданов Е. К., Кусаинов К. Т.</i>	
Клинические аспекты у лиц, страдающих опиийной (героиновой) зависимостью	51-53
<i>Жаныбеков С. Д., Сулейменова С. Д., Онгарова В. Н., Брызжахина Ж. Д., Елеусизова Л. Ж., Шаймарданов Е. К.</i>	
Некоторые клинические особенности абстинентного синдрома у женщин с алкогольной зависимостью	53-54
<i>Кабанен О. В., Кулунбаева А. А., Бектемиров Ж. К., Винокурова Т. О.</i>	
Неотложные состояния в наркологии	55-60
<i>Кабанен О. В., Кулунбаева А. А., Глеубаева Ш. М.</i>	
Применение нейролептиков в наркологической практике	60-65
<i>Кузембаева Л. Б., Успанов Н. К., Имандосова С. Б.</i>	
Глиатилин в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии	65-68
<i>Рамм А. Н., Башилов В. В., Иманбердиев Н. А., Лаврентьев О. В.</i>	
Проект протокола диагностики и лечения зависимости от инъекционных кустарно изготавливаемых психостимуляторов	68-73

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Винокурова Т. О., Ракишева А. С., Загребельный Н. Ф.</i>	
Судебно-наркологическая экспертиза лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, в гражданском процессе	74-77
<i>Гаськов А. П., Ковина Т. Г., Коцегулова Р. М., Россинский Ю. А.</i>	
О вопросах качества ведения врачебной документации в системе наркологической помощи	77-80
<i>Пак Т. В., Молчанов С. Н., Асланбекова Н. В., Смаков С. Б.</i>	
Об оказании платных медицинских услуг, в том числе по социально-реабилитационному профилю	80-82

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Азанова Б. А., Винокурова Т. О., Ракишева А. С., Загребельный Н. Ф., Тотина И. К., Ахметжанова С. К.</i>	
Исследование динамики клинических проявлений опиийной зависимости на этапе социальной реадaptации (литературный обзор)	83-92
<i>Рамм А. Н.</i>	
Этиопатогенетический подход к медикаментозному лечению фенилпропаноламиновой наркомании (обзор литературы)	93-96
<i>Шайкенов М. Т., Жолымбеков П. К., Оразбеков Д. К.</i>	
Стадоловая наркомания	97
<i>Резюме</i>	98-105

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL CLAUSES

FOUNDERS:

Katkov A. L.

The concept and bill of the Republic Kazakhstan
«About the narcological help and guarantees of the
rights of citizens at its rendering» 7-19

PREVENTIVE MAINTENANCE AND REHABILITATION

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

Ahmetova N. M., Kulsharipova Z. K., Khusainova T. A.
Children's alcoholism and narcotism as a socially-
pedagogical problem 20-21

Vinokurova T. O., Rakisheva A. S., Tleubaeva Sh. M.
About a role of social consequences of alcoholism and
narcotism 22-25

RPE "REPUBLICAN SCIENTIFIC-AND- PRACTICAL CENTER OF MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF ADDICTION"

*Zhanybekov S. D., Ongarova V. N., Bryzhakhina Zh. D.,
Eleusizova L. Zh., Shajmardanov E. K., Shpakovskij A. E.*
About the social and psychological factors forming
dependence on psychoactive substances (the
incidental use) 25-27

Kulumbaeva A. A., Kabanen O. V., Bektemirov Zh. K.
Role of social factors in genesis of narcotisms 27-29

Kulumbaeva A. A., Kabanen O. V., Bektemirov Zh. K.
Forms of psychological protection at narcological
patients 30-31

*Molchanov S. N., Nurgazina A. Z., Drobitko O. Y.,
Kokpenov S. Z., Totina I. K., Ahmetzhanova S. K.*
Therapeutic community as a method of rehabilitation
of narcological patients 31-34

*Nurgazina A. Z., Molchanov S. N., Drobitko O. Y.,
Totina I. K., Ahmetzhanova S. K.*

Criteria and features of co-dependence 34-38
*Pak T. V., Molchanov S. N., Aslanbekova N. V.,
Yermolaev O. V.*

The basic approaches and principles of social
rehabilitation of persons with narcotic dependence 38-41

CLINIC

Volume VIII
№ 1
2008

*Ajtbaev D. K., Syzdykov S. V., Arabok E. A., Zhaltyrov R. L.,
Zhakupova D. A., Kozhanov K. B., Ajtbaeva D. D.,
Mejrkhanov N. K.*
The clinical analysis of a crash-syndrome with a lethal
outcome at a drug-dependent patient 42

Published
4 times in a year

*Ajtbaev D. K., Syzdykov S. V., Amrenova S. T., Arabok E. A.,
Zhaltyrov R. L., Zhakupova D. A., Kozhanov K. B.,
Mejrkhanov N. K., Ajtbaeva D. D.*
Cases of successful conservative therapy of plural
abscesses of brain at the drug-dependent patient 42-44

<i>Vinokurova T. O., Rakisheva A. S.</i> Psychopharmacotherapy of dependence on cocaine	44-50
<i>Zhanybekov S. D., Sulejmenova S. D., Bryzhakhina Zh. D., Eleusizova L. Zh., Shajmardanov E. K., Kusainov K. T.</i> Clinical aspects at the persons suffering from opium (heroin) dependence	51-53
<i>Zhanybekov S. D., Sulejmenova S. D., Ongarova V. N., Bryzhakhina Zh. D., Eleusizova L. Zh., Shajmardanov E. K.</i> Some clinical features of abstinent syndrome at women with alcoholic dependence	53-54
<i>Kabanen O. V., Kulunbaeva A. A., Bektemirov Zh. K., Vinokurova T. O.</i> Urgent conditions in narcology	55-60
<i>Kabanen O. V., Kulunbaeva A. A., Tleubaeva Sh. M.</i> Application of neuroleptics in a narcological practice	60-65
<i>Kuzembaeva L. B., Uspanov N. K., Imandosova S. B.</i> Glyatiline in treatment of the patients, suffering a chronic alcoholism with displays of alcoholic encephalopathy	65-68
<i>Ramm A. N., Bashilov V. V., Imanberdiev N. A., Lavrentyev O. V.</i> The project of the report of diagnostics and treatment of dependence from injection psychostimuli made illegally	68-73

THE ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

<i>Vinokurova T. O., Rakisheva A. S., Zagrebelny N. F.</i> Judicial-narcological examination of the persons abusing alcohol and drugs, in civil process	74-77
<i>Gaskov A. P., Kovina T. G., Koschegulova R. M., Rossinsky Y. A.</i> About questions of quality of conducting the medical documentation in system of the narcological help	77-80
<i>Pak T. V., Molchanov S. N., Aslanbekova N. V., Smakov S. B.</i> About rendering paid medical services, including on a socially-rehabilitation structure	80-82

THE INFORMATION AND REVIEWS

<i>Azanova B. A., Vinokurova T. O., Rakisheva A. S., Zagrebelny N. F., Totina I. K., Ahmetzhanova S. K.</i> Research of dynamics of clinical displays of opium dependences at a stage of social readaptation (the literary review)	83-92
<i>Ramm A. N.</i> The aetiopathogenetic approach to medicamentous treatment of phenilpropanolaminov narcotism (The review of the literature)	93-96
<i>Shaykenov M. T., Zholyzbekov P. K., Orazbekov D. K.</i> Stadolovyi narcotism	97
<i>The resume</i>	98-105

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

КОНЦЕПЦИЯ И ПРОЕКТ ЗАКОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «О НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»

А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Предлагаемые в настоящей статье концепция и проект Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» являются последней версией разработанного ранее аналогичного законопроекта. В настоящей версии упрощена регламентация деятельности первичной наркологической помощи. По новому сформированы подходы к оказанию недобровольной наркологической

помощи. В данной версии последний вид помощи рассматривается лишь как альтернатива возможному наказанию за совершенное правонарушение при наличии соответствующих клинических показаний и судебного решения.

Настоящая версия законопроекта передана в законодательные органы РК для решения вопроса о возможности включения в Кодекс Законов о здоровье и системе здравоохранения в Республике Казахстан.

Концепция проекта Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (сокращенный вариант)

Предлагаемый проект Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» утверждает следующие концепты современной наркологической помощи:

- современная наркологическая помощь должна рассматриваться только лишь в контексте тесного взаимодействия с проблемой распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков. Следовательно, основные положения Закона должны устанавливать и утверждать наиболее эффективные формы взаимодействия наркологических организаций, центров СПИД, НПО с профилем деятельности в сфере профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа;

- современная наркологическая помощь должна добиваться максимально возможного охвата зависимых от психоактивных веществ приемлемыми для них видами помощи. Следовательно, основные положения Закона должны устанавливать и утверждать наиболее эффективные и приемлемые условия, формы и виды оказания наркологической помощи, в том числе главное из них – безопасность и обеспечение прав человека;

- современная наркологическая помощь должна основываться на базе целостных, научно доказанных взглядов на природу высоких уровней устойчивости и повышенных рисков вовлечения в химическую зависимость, выводимых отсюда концептуально-единых взглядов на технологии первичной, вторичной и третичной профилактики в сфере зависимости от психоактивных веществ. Следовательно, основные положения Закона должны обозначать научный базис наркологической помощи и утверждать его в качестве основы для разработки услуг наркологического профиля;

- современная наркологическая помощь должна содержать основной инструмент эффективной самоорганизации и управления качеством – систему профессиональных стандартов, регулирующих различные аспекты деятельности организаций и лиц, имеющих отношение к проблемам распространения зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков. Следовательно, основные положения Закона должны устанавливать и утверждать систему профессиональных стандартов в сфере наркологической помощи, устанавливать меру ответственности за их разработку, внедрение и эффективный контроль между субъектами данного Закона.

Основные разделы настоящего проекта Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Главы, статьи, пункты) ориентированны на реализацию вышеприведенных концептов современной наркологической помощи в системе здравоохранения Республики Казахстан.

При разработке проекта настоящего Закона были учтены:

- международные конвенции в области прав человека и правовые подходы при оказании наркологической помощи;

- законодательные акты Республики Казахстан в сфере наркологической помощи и обеспечения прав граждан при ее оказании;

- законодательство стран Центральной Азии и европейских стран в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, ВИЧ/СПИДа и обеспечения прав граждан в данной сфере.

Проект Закона Республики Казахстан
«О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Настоящий проект Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» подготовлен коллективом научных сотрудников Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании под руководством директора, д.м.н., профессора А.Л.Каткова.

Сфера применения

Настоящий Закон определяет правовые, социальные, организационные и экономические основы в сфере наркологической помощи населению, включая гарантии прав граждан при ее оказании.

Глава 1. Общие положения

Статья 1 Основные понятия

В настоящем Законе используются следующие основные понятия:

- зависимость от психоактивных веществ – наркологическое заболевание, характеризующееся рядом специфических расстройств психики и поведения, возникающих вследствие немедицинского употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ;

- комплексные программы первичной наркологической помощи – специальная форма организации наркологической помощи, которая: охватывает максимальное число потребителей инъекционных наркотиков; включает сектор услуг по первичной профилактике распространения ВИЧ/СПИДа в среде наркозависимых; сектор услуг по оказанию первичной наркологической помощи зависимым от психоактивных веществ; реализуется при активном содействии центров СПИД, государственных наркологических организаций и профильных НПО;

- наркологические организации – специализированные организации (больницы, диспансеры, центры, отделения или кабинеты), оказывающие наркологическую помощь в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;

- наркологическая помощь – профессиональная деятельность, направленная на первичную профилактику распространения зависимости от психоактивных веществ, диагностику, лечение, реабилитацию, ресоциализацию и противорецидивную терапию зависимых от психоактивных веществ с целью формирования у них устойчивой ремиссии;

- психоактивные вещества – вещества синтетического или природного происхождения, которые при однократном приеме оказывают специфическое воздействие на психику и поведение человека, а при многократном употреблении вызывает психическую и физическую зависимость;

- потребители инъекционных наркотиков – лица с наркологической зависимостью и повышенной опасностью заражения ВИЧ через основной способ употребления наркотиков – использование нестерильного инструментария для внутривенных инъекций;

- медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ – комплекс мероприятий, направленных на освобождение от физической и психической зависимости, восстановление навыков биологической и социальной адаптации, развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ;

- психологическое здоровье – устойчивость к первичному или повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ – комплекс определенных психологических свойств, обеспечивающий высокую устойчивость индивида к любым формам агитационного воздействия на предмет употребления психоактивных веществ, формируемый либо за счет специальных профилактических мероприятий (профилактика первичного вовлечения в зависимость от психоактивных веществ), либо посредством использования специальных программ медико-социальной реабилитации, ресоциализации и противорецидивной терапии (профилактика повторного вовлечения в зависимость от психоактивных веществ).

Статья 2 Законодательство Республики Казахстан о наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

1. Законодательство Республики Казахстан о наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании основывается на Конституции Республики Казахстан и состоит из настоящего Закона и иных нормативно-правовых актов Республики Казахстан.

2. Настоящий Закон распространяется на граждан Республики Казахстан. На иностранцев и лиц без гражданства, находящихся на территории Республики Казахстан настоящий Закон распространяется за исключением положения о бесплатной наркологической помощи на этапе амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации.

Статья 3 Основные принципы государственной политики в сфере наркологической помощи и профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков

Государственная политика в сфере наркологической помощи и профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков проводится на основе принципов:

- отнесения проблемы распространения зависимости от психоактивных веществ, в том числе проблемы распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъ-

екционных потребителей наркотиков, к факторам обеспечения национальной безопасности;

- гуманности, соблюдения прав граждан в вопросах оказания им наркологической помощи и обеспечения их государственными гарантиями;

- научности и доказательной эффективности основных форм наркологической помощи;

- ориентации на международный опыт оказания эффективной наркологической помощи и защиты прав человека при ее оказании;

- ориентации на базисные потребности зависящих от психоактивных веществ в наркологической помощи (безопасность, доступность, широкий ассортимент и высокое качество услуг на всех этапах наркологической помощи);

- приоритета направления первично-профилактической наркологической помощи населению Республики Казахстан и его уязвимым группам, а также направления первичной наркологической помощи и профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- тесного взаимодействия, адресной ответственности в сфере реализации комплексных первичной наркологической помощи между центрами СПИД, государственными наркологическими организациями и профильными НПО;

- мультисекторального подхода и ответственного взаимодействия организаций и ведомств, имеющих отношение к проблемам профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ/СПИДа, по вопросам наркологической помощи и обеспечения прав граждан при ее оказании.

Глава 2. Права граждан в сфере оказания наркологической помощи

Статья 4 Права граждан на информацию о наркологической ситуации по Республике Казахстан и в регионе проживания

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на объективную информацию о реальном уровне распространения зависимости от психоактивных веществ по Республике в целом и в регионе проживания, социальных и экономических последствиях данной ситуации.

2. Граждане Республики Казахстан имеют право на объективную информацию о целях, задачах и возможностях системы наркологической помощи на уровне Республики в целом и в регионе проживания, а также о правах граждан при ее оказании.

3. Права граждан на информацию о наркологической ситуации по Республике Казахстан и регионе проживания гарантируются настоящим Законом и обеспечиваются государственными органами в рамках установленных сфер компетенции.

Статья 5 Права граждан в сфере первично-профилактической наркологической помощи

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на:

- эффективную и качественную первично-профилактическую наркологическую помощь, способствующую развитию высоких уровней психологической устойчивости к вовлечению в зависимость от психоактивных веществ;

- свободный выбор методов и форм первично-профилактической наркологической помощи, за исключением психологической диагностики уровней защищенности от вовлечения в зависимость от психоактивных веществ, специальных информационных и тренинговых программ, являющихся обязательным компонентом школьной образовательной программы;

- полную и конфиденциальную информацию о степени собственной защищенности от вовлечения в зависимость от психоактивных веществ, выявленную в ходе специального психологического тестирования, и способах повышения уровней психологической устойчивости;

- полную информацию о специальных методах первично-профилактической наркологической помощи, уровне подготовки и квалификации профессиональных работников, реализующих данные методы;

2. Решение об оказании специальной первично-профилактической наркологической помощи детям и подросткам, не достигшим совершеннолетия и входящим в группу повышенного риска по наркологическому профилю (за исключением обязательного компонента школьных образовательных программ), принимается с их согласия и согласия их законных представителей (родителей, родственников, опекунов);

3. Процедура тестирования биологических жидкостей (мочи, слюны, крови) в отношении лиц, не достигших совершеннолетия, на предмет выявления ранних форм наркопотребления в учебных заведениях, проводится строго конфиденциально, только с согласия учащихся и их законных представителей.

Статья 6 Права граждан при проведении экспертизы на предмет опьянения (интоксикации) психоактивными веществами

1. Граждане Республики Казахстан при направлении их на экспертизу опьянения (интоксикации) психоактивными веществами имеют право на:

- информацию о причинах и правомерности направления на экспертизу опьянения (интоксикации) психоактивными веществами;

- информацию относительно процедуры экспертизы опьянения (интоксикации) психоактивными веществами и последствиях положительного экспертного заключения;

- информацию о последствиях отказа от прохождения процедуры экспертизы опьянения (интоксикации) психоактивными веществами;

- информацию о возможности и основаниях для оспаривания экспертного заключения в суде;

- обжалование в судебном порядке заключения экспертизы опьянения (интоксикации) психоактив-

ными веществами, в том числе с привлечением независимых экспертов.

2. Граждане, при защите своих прав и законных интересов по вопросам проведения экспертизы опьянения (интоксикации) психоактивными веществами, вправе пригласить представителя по своему выбору.

3. Защита прав и законных интересов лиц, не достигших совершеннолетия, по вопросам проведения экспертизы опьянения (интоксикации) психоактивными веществами, осуществляется их законными представителями.

Статья 7 Права граждан при наркологическом освидетельствовании на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ

1. Граждане Республики Казахстан, при направлении их для прохождения наркологического освидетельствования на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, имеют право на:

- информацию о причинах и правомерности их направления для прохождения наркологического освидетельствования на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ;

- информацию относительно процедуры наркологического освидетельствования и последствиях положительного экспертного заключения о наличии диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ;

- информацию о последствиях отказа от прохождения процедуры наркологического освидетельствования на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ;

- информацию о возможности и основаниях для оспаривания заключения наркологического освидетельствования на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ в суде;

- обжалование в судебном порядке установленного диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, в том числе с привлечением независимых экспертов.

2. Граждане, при защите своих прав и законных интересов по вопросам проведения наркологического освидетельствования на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, вправе пригласить представителя по своему выбору.

3. Защита прав и законных интересов лиц, не достигших совершеннолетия, по вопросам проведения наркологического освидетельствования на предмет установления диагноза психических и поведенческих

расстройств в результате употребления психоактивных веществ, осуществляется их законными представителями.

Статья 8 Права граждан при проведении судебно-наркологической экспертизы

1. Граждане Республики Казахстан, при направлении их для прохождения судебно-наркологической экспертизы, имеют право на:

- информацию о причинах и правомерности их направления для прохождения судебно-наркологической экспертизы;

- информацию относительно процедуры судебно-наркологической экспертизы;

- информацию о последствиях отказа от прохождения процедуры судебно-наркологической экспертизы;

- информацию о возможности и основаниях для оспаривания заключения судебно-наркологической экспертизы в суде;

- обжалование в судебном порядке заключения судебно-наркологической экспертизы, в том числе с привлечением независимых экспертов.

2. Граждане, при защите своих прав и законных интересов по вопросам проведения судебно-наркологической экспертизы, вправе пригласить представителя по своему выбору.

3. Защита прав и законных интересов лиц, не достигших совершеннолетия, по вопросам проведения судебно-наркологической экспертизы, осуществляется их законными представителями.

Статья 9 Права граждан при проведении трудовой наркологической экспертизы

1. Граждане Республики Казахстан, при направлении их для прохождения трудовой наркологической экспертизы, имеют право на:

- информацию о причинах и правомерности их направления для прохождения трудовой наркологической экспертизы;

- информацию относительно процедуры трудовой наркологической экспертизы;

- информацию о последствиях отказа от прохождения процедуры трудовой наркологической экспертизы;

- информацию о возможности и основаниях для оспаривания заключения трудовой наркологической экспертизы в суде;

- обжалование в судебном порядке заключения трудовой наркологической экспертизы, в том числе с привлечением независимых экспертов.

2. Граждане, при защите своих прав и законных интересов по вопросам проведения трудовой наркологической экспертизы, вправе пригласить представителя по своему выбору.

3. Защита прав и законных интересов лиц, не достигших совершеннолетия, по вопросам проведения трудовой наркологической экспертизы, осуществляется их законными представителями.

Статья 10 Права граждан при проведении военной наркологической экспертизы

1. Граждане Республики Казахстан, при направлении их для прохождения военной наркологической экспертизы, имеют право на:

- информацию о причинах и правомерности их направления для прохождения военной наркологической экспертизы;
- информацию относительно процедуры военной наркологической экспертизы;
- информацию о последствиях отказа от прохождения процедуры военной наркологической экспертизы;
- информацию о возможности и основаниях для оспаривания заключения военной наркологической экспертизы в суде;
- обжалование в судебном порядке заключения военной наркологической экспертизы, в том числе с привлечением независимых экспертов.

2. Граждане, при защите своих прав и законных интересов по вопросам проведения военной наркологической экспертизы, вправе пригласить представителя по своему выбору.

Статья 11 Права лиц, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ

1. Лица, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, имеют все права, предусмотренные для граждан Республики Казахстан в соответствии с Конституцией, при отсутствии оснований для их ограничения.

2. Ограничение прав лиц, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, устанавливается лишь на основаниях и в объеме, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.

3. Лица, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, в случае добровольного обращения для получения наркологической помощи имеют право на:

- полную и объективную информацию о наркологическом заболевании, его биологических, личностных (психологических) и социальных последствиях;
- полную и объективную информацию о возможностях системы наркологической помощи в преодолении зависимости от психоактивных веществ, в частности, о полном ассортименте услуг, видах и программах первичной наркологической помощи, лечебных и реабилитационных программах, реализуемых в регионе проживания и по Республике в целом;
- получение полного объема специализированной наркологической помощи по своему выбору в порядке, установленном законодательством Респуб-

лики Казахстан для добровольной наркологической помощи;

- приглашение по своему выбору представителя для защиты своих прав и интересов на этапах оказания специализированной наркологической помощи;
- полную анонимность на период оказания наркологической помощи;
- полную конфиденциальность и сохранение врачебной тайны в отношении сведений, ставших доступными персоналу наркологических организаций и профильных НПО, в период прохождения лечения и реабилитации;
- возмещение ущерба в судебном порядке на основании доказанных фактов нанесения вреда здоровью в результате неправильного лечения на этапах оказания наркологической помощи;
- обжалование в судебном порядке установленного диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, в том числе с привлечением независимых экспертов;

- пересмотр и снятие установленного диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ в порядке, установленном уполномоченным органом в области здравоохранения.

5. Защита прав и интересов лиц, не достигших совершеннолетия, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, на всех этапах оказания им наркологической помощи осуществляется их законными представителями.

6. Лица с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, направленные на принудительное лечение, имеют право на:

- полную и объективную информацию об имеющемся у них наркологическом заболевании, его биологических, личностных (психологических) и социальных последствиях;
 - полную и объективную информацию о возможностях системы наркологической помощи в преодолении зависимости от психоактивных веществ, в частности, об ассортименте услуг, видах и программах наркологической помощи, реализуемой в условиях принудительного лечения;
 - получение полного объема специализированной наркологической помощи в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан для недобровольной наркологической помощи;
 - защиту своих прав и интересов во время прохождения принудительного лечения законным представителем;
 - обжалование в судебном порядке диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, в том числе с привлечением независимых экспертов.
-
-

Статья 12 Права лиц, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, в рамках уголовного производства и отбывания срока наказания

1. Лицо с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, в случае совершения правонарушения, тяжесть которого не оправдывает его осуждения к лишению свободы, может ходатайствовать в суде о замене наказания принудительным лечением в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.

2. Права лиц с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, осужденных на различные сроки лишения свободы с назначением принудительного лечения по месту отбывания срока наказания, в сфере наркологической помощи, определяются в соответствии со ст. 11 п. 6 настоящего Закона.

Статья 13 Права ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ

Права ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, в отношении которых установлен диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ, определяются Законом Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД» от 5 октября 1994 г., а также в соответствии со ст. 11 настоящего Закона¹.

Глава 3. Государственное регулирование деятельности системы наркологической помощи и обеспечения прав граждан при ее оказании

Статья 14 Гарантии обеспечения прав граждан в сфере оказания наркологической помощи

Государство гарантирует соблюдение законности и реализацию полного объема прав граждан в сфере оказания наркологической помощи за счет:

- контроля за полнотой и качеством наркологической помощи, оказываемой государственными, частными наркологическими организациями, профильными НПО и физическими лицами, имеющими лицензионный допуск к реализации услуг наркологического профиля;

- надзора за соблюдением законности и реализации полного объема прав граждан при оказании им наркологической помощи, осуществляемого органами прокуратуры Республики Казахстан;

- выполнения полного объема функций по обеспечению и регулированию деятельности системы наркологической помощи всеми органами государственной власти в пределах установленной компетенции.

Статья 15 Компетенция законодательных органов в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

1. Законодательные органы Республики Казахстан обсуждают и принимают законодательные акты, устанавливающие права граждан на оказание безопасной, доступной и высококачественной наркологической помощи.

2. Законодательные органы Республики Казахстан пересматривают или отменяют законы, необоснованно ущемляющие права граждан в сфере оказания наркологической помощи.

3. Законодательные органы Республики Казахстан рассматривают и утверждают статьи республиканского и местных бюджетов, обеспечивающих финансирование деятельности наркологических организаций в установленных объемах финансово-экономических показателей стандарта организации наркологической помощи, утвержденного уполномоченным органом в области здравоохранения.

Статья 16 Компетенция исполнительных органов в сфере наркологической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании

1. Правительство Республики Казахстан:

- реализует принципы государственной политики в сфере наркологической помощи в соответствии со ст. 3 настоящего Закона;

- обеспечивает гарантии прав граждан при оказании наркологической помощи в соответствии с Главой 2 настоящего Закона;

- разрабатывает и обеспечивает реализацию государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также – профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- обосновывает объем финансирования системы наркологической помощи при формировании соответствующих бюджетов;

- контролирует выполнение гарантийных обязательств по оказанию безопасной доступной и высококачественной наркологической помощи в соответствии со ст. 14 настоящего Закона;

- инициирует создание координационного комитета по наркомании и ВИЧ/СПИДу, при Правительстве Республики Казахстан, обеспечивающего эф-

¹ Изменить в соответствии со статьями Кодекса

фактивное взаимодействие отдельных ведомств, организаций, учреждений, в том числе общественных и международных организаций, имеющих отношение к профилактике распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа.

2. Уполномоченный орган в области здравоохранения:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в отношении наркологической помощи и гарантий прав граждан при ее оказании в сфере здравоохранения;

- обеспечивает выполнение соответствующих (ведомственных) фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, регулирующие деятельность органов здравоохранения по выполнению профильных фрагментов государственных программ;

- разрабатывает и утверждает систему профессиональных стандартов наркологической помощи, обеспечивающих ее безопасность, доступность и высокое качество;

- контролирует деятельность системы наркологической помощи и выполнение ею гарантийных обязательств в соответствии с утвержденными профессиональными стандартами наркологической помощи;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДа при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

3. Уполномоченный орган в области юстиции:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в отношении гарантий прав граждан при оказании им наркологической помощи;

- обеспечивает выполнение соответствующих (ведомственных) фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, регулирующие деятельность органов юстиции, в частности учреждений уголовно-исполнительной системы, по выполнению профильных фрагментов соответствующих государственных программ;

- контролирует выполнение утвержденных стандартов наркологической помощи в подведомственных учреждениях;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДа при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

4. Уполномоченный орган в области внутренних дел:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в отношении гарантий прав граждан при оказании специализированной наркологической помощи;

- обеспечивает выполнение соответствующих (ведомственных) фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, регулирующие деятельность органов внутренних дел по выполнению профильных фрагментов соответствующих государственных программ;

- контролирует выполнение утвержденных стандартов наркологической помощи в подведомственных учреждениях;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДа при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

5. Уполномоченный орган в области образования:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, в частности принципа приоритета направления первично-профилактической наркологической помощи населению Республики Казахстан и его уязвимым группам;

- обеспечивает выполнение соответствующих фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ (с акцентом на реализацию профильных первично-профилактических программ в учреждениях образования), первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, регулирующие деятельность учреждений образования по выполнению профильных фрагментов соответствующих государственных программ;

- совместно с Национальным Центром здорового образа жизни и республиканскими научно-практическими Центрами с наркологическим профилем деятельности разрабатывает и утверждает отраслевой стандарт первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в учреждениях образования;

- контролирует выполнение утвержденного отраслевого стандарта первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в учреждениях образования;

- контролирует выполнение утвержденных стандартов первично-профилактической наркологической помощи (в части выявления групп повышенного риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ, выполнения специального блока тренинговых и коррекционных программ в отношении данной группы учащихся, ранней диагностики немедицинского употребления психоактивных веществ) в учреждениях образования;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

6. Уполномоченный орган в области информации и печати:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантий прав граждан при ее оказании, в частности принципа приоритета направления первично-профилактической наркологической помощи населению Республики Казахстан и его уязвимым группам;

- обеспечивает выполнение соответствующих фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ (с акцентом на реализацию специальных конвейерных технологий подачи информации первично-профилактической направленности в СМИ), первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, регулирующие деятельность органов информации и печати по выполнению профильных фрагментов государственных программ;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

7. Уполномоченный орган в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантий прав граждан при ее оказании, в частности, принципа отнесения проблемы распространения зависимости от психоактивных веществ, проблемы распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков к факторам обеспечения национальной безопасности;

- разрабатывает и утверждает многолетние стратегические государственные программы по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, отдельные блоки

(подпрограммы) которых определяют государственную стратегию в сфере профилактики распространения наркотической зависимости, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации зависимых от наркотиков;

- обеспечивает выполнение соответствующих фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами (в части фрагментов, касающихся лиц с наркотической зависимостью), а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, регулирующие деятельность региональных комитетов по борьбе с наркоманией и наркобизнесом в части выполнения профильных фрагментов соответствующих государственных программ (с акцентом на многоуровневый мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан и мониторинг эффективности противодействующих антинаркотических усилий на уровне ведомств);

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

8. Уполномоченный орган по делам молодежи:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантий прав граждан при ее оказании, в частности принципа приоритета направления первично-профилактической наркологической помощи населению Республики Казахстан (с акцентом на подростков и молодежь);

- обеспечивает выполнение соответствующих фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ (с акцентом на мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан, реализацию специальных информационных технологий, технологий клубной работы и занятости в подростково-молодежной среде), первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков;

- разрабатывает и утверждает ведомственные программы, стимулирующие деятельность молодежных организаций по выполнению профильных фрагментов государственных программ;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

9. Уполномоченный орган в области внутренней политики:

- обеспечивает реализацию принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, в частности принципа мультисекторального подхода и ответственного взаимодействия организаций и ведомств, имеющих отношение к проблемам профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ/СПИДа;

- обеспечивает выполнение соответствующих фрагментов государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков (с акцентом на активность профильных НПО);

- разрабатывает и утверждает систему социальных грантов, по финансированию деятельности профильных НПО в рамках реализации комплексных программ первичной наркологической помощи;

- разрабатывает и утверждает ведомственные приказы, стимулирующие деятельность неправительственных организаций, движений, фондов по выполнению соответствующих фрагментов государственных программ;

- делегирует своих представителей для участия в деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу при Правительстве Республики Казахстан и региональных исполнительных органах.

Статья 17 Компетенция координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

1. Координационные советы по наркомании и ВИЧ/СПИДу создаются при Правительстве Республики Казахстан и региональных органах исполнительной власти по их инициативе и включают представителей уполномоченных органов, поименованных в ст. 16 настоящего Закона.

2. Регламент и порядок деятельности координационных советов по наркомании и ВИЧ/СПИДу устанавливаются Правительством Республики Казахстан и региональными органами исполнительной власти.

3. Координационные советы по наркомании и ВИЧ/СПИДу:

- обеспечивают реализацию принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, в части принципа мультисекторального подхода и ответственного взаимодействия организаций и ведомств в сфере профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа;

- координируют усилия уполномоченных органов, неправительственных организаций, общественных фондов и движений по выполнению государ-

ственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами (в части фрагментов, касающихся лиц с наркотической зависимостью), а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- контролируют выполнение планов совместной деятельности уполномоченных органов, неправительственных, общественных организаций и движений в сфере профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа и оценивают ее эффективность.

Статья 18 Компетенция республиканских научно-практических центров с наркологическим профилем деятельности.

1. Республиканские научно-практические центры с наркологическим профилем деятельности создаются при уполномоченном органе в области здравоохранения и осуществляют свою деятельность в порядке, установленном данным органом.

2. Республиканские научно-практические центры с наркологическим профилем деятельности:

- принимают участие в разработке и реализации принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании с акцентом на принципы: научности и доказательной эффективности основных форм наркологической помощи; ориентации на международный опыт эффективной наркологической помощи и защиты прав человека при ее оказании;

- принимают участие в разработке и реализации государственных программ в области профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, первичной наркологической помощи, лечения, реабилитации, ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, а также профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков;

- принимают участие в разработке ведомственных приказов, регулирующих деятельность учреждений здравоохранения по выполнению профильных фрагментов государственных программ;

- принимают участие в разработке и реализации системы профессиональных стандартов наркологической помощи (стандарта мониторинга наркологической ситуации; стандарта услуг; квалификационного, образовательного стандартов; стандарта организации наркологической помощи), обеспечивающих ее безопасность, доступность и высокое качество;

- выполняют функции организационно-методического, информационного и учебного центра для сети наркологических организаций и лиц, имеющих лицензионный доступ к оказанию услуг наркологического профиля;

- разрабатывают и реализуют программы научных исследований в сфере профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и ресоциализации зависимых от психоактивных веществ;

- принимают участие в разработке и реализации программы мониторинга наркологической ситуации и оценки эффективности противодействующих усилий в сфере здравоохранения;

- осуществляют организационно-методическое сопровождение и контроль за деятельностью учреждений здравоохранения в части оказания специализированной наркологической помощи;

- делегируют своих представителей для участия в деятельности координационного совета по ВИЧ/СПИДу при Правительстве Республики Казахстан.

Статья 19 Государственный контроль за полнотой и качеством наркологической помощи

1. Государственный контроль за полнотой и качеством наркологической помощи осуществляется за счет механизмов:

- лицензирования медицинской деятельности по оказанию наркологических услуг;

- аттестации и аккредитации органов здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь;

- сертификации товаров (работ, услуг), используемых в сфере оказания наркологической помощи.

2. *Лицензирование медицинской деятельности по оказанию наркологических услуг, аттестация и аккредитация наркологических организаций здравоохранения, сертификация товаров (работ, услуг) в сфере наркологической помощи осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Казахстан «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 года².*

Статья 20 Система профессиональных стандартов в сфере оказания наркологической помощи

1. Профессиональные стандарты в сфере оказания наркологической помощи разрабатываются уполномоченным органом в области здравоохранения при содействии научных центров с наркологическим профилем деятельности и утверждаются в соответствующих ведомственных приказах.

2. Система профессиональных стандартов в сфере оказания наркологической помощи включает:

- стандарт мониторинга наркологической ситуации и оценки эффективности противодействующих усилий в системе здравоохранения;

- стандарт услуг наркологического профиля, реализуемых на этапах оказания наркологической помощи;

- квалификационный стандарт специалистов, действующих в системе наркологической помощи;

- стандарт образовательных программ додипломной, последипломной и дополнительной подготовки специалистов, действующих в системе наркологической помощи;

- организационный стандарт наркологической помощи (структура, основные технологии, штаты, материально-техническая и финансовая обеспеченность).

3. Соответствие стандартам оказания наркологической помощи является обязательным требованием для государственных, частных наркологических организаций и физических лиц, имеющих лицензионный доступ к оказанию услуг наркологического профиля.

4. Контроль за соблюдением профессиональных стандартов в сфере оказания наркологической помощи осуществляется уполномоченным органом в области здравоохранения в порядке, установленном Правительством Республики Казахстан.

Глава 4. Система наркологической помощи

Статья 21 Планирование наркологической помощи

1. Планирование наркологической помощи осуществляется на основании:

- принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании;

- целей и задач, стоящих перед органами здравоохранения в сфере оказания наркологической помощи;

- результатов мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан;

- научных исследований в наркологии, в частности организации наркологической помощи;

- определения базисных потребностей зависимых от психоактивных веществ в наркологической помощи и условиях ее оказания.

2. Основная цель и задачи деятельности системы наркологической помощи:

- эффективное противодействие процессу распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан;

- эффективное противодействие процессу распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков.

Основные задачи системы наркологической помощи:

- мониторинг реальной ситуации в сфере распространения зависимости от психоактивных веществ, а также ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков по Республике Казахстан в целом и в отдельных регионах;

- организация эффективной системы противодействия процессу распространения зависимости от

² Изменить в соответствии со статьями Кодекса

психоактивных веществ и ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков в сфере здравоохранения;

- эффективная первичная профилактика распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан и его уязвимых групп;

- эффективная диагностика, лечение, реабилитация, ресоциализация зависимых от психоактивных веществ с формированием у них высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ;

- полноценный охват зависимых от психоактивных веществ (с акцентом на потребителей инъекционных наркотиков) комплексными программами снижения вреда – первичной наркологической помощи и эффективная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков;

- постоянное расширение ассортимента, повышение доступности и качества услуг наркологического профиля, в том числе за счет: широкомасштабной подготовки персонала, действующего в системе наркологической помощи; разработки и внедрения новых, эффективных методов профилактики диагностики, лечения, реабилитации и ресоциализации зависимых от психоактивных веществ; разработки и внедрения новых форм и видов оказания наркологической помощи;

- эффективное взаимодействие наркологических организаций с центрами СПИД, неправительственными организациями наркологического профиля, иными государственным, общественными, международными организациями, действующими в направлении профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков.

3. Структура, основные технологии, штатное расписание, материально-техническая обеспеченность и объемы финансирования системы наркологической помощи устанавливаются в соответствии со стандартом организации наркологической помощи, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения.

Статья 22 Основные этапы наркологической помощи

1. Настоящим Законом определяются следующие основные этапы оказания наркологической помощи:

- этап первично-профилактической наркологической помощи;

- этап первичной наркологической помощи;

- этап амбулаторного наблюдения, лечения и реабилитации;

- этап стационарного лечения и реабилитации;

- этап ресоциализации;

- этап противорецидивной (поддерживающей) терапии.

2. Каждому этапу наркологической помощи соответствует определенный фрагмент стандарта организации наркологической помощи и стандарта услуг наркологического профиля, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения.

Статья 23 Организации и лица, оказывающие наркологическую помощь

1. Наркологическую помощь оказывают государственные и частные организации, профильные НПО, а также физические лица, получившие лицензию на оказание услуг наркологического профиля.

2. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию наркологической помощи определяется законодательством Республики Казахстан.

3. Виды наркологической помощи, ассортимент и основной профиль наркологических услуг, оказываемых наркологическими организациями и физическими лицами, указывается в уставных документах и лицензии. Информация о них предоставляется всем желающим.

Статья 24 Право на деятельность по оказанию наркологической помощи на различных этапах

1. Право на деятельность по оказанию наркологической помощи на различных этапах в отношении организаций (государственных, частных, неправительственных) устанавливается в соответствии со стандартом организации наркологической помощи и оформляется лицензионным допуском в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

2. Право на деятельность по оказанию наркологической помощи на различных этапах в отношении физических лиц устанавливается в соответствии со стандартом квалификации персонала, действующего в системе наркологической помощи, и оформляется лицензионным допуском в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Статья 25 Формы наркологической помощи

1. Основными формами оказания наркологической помощи являются:

- добровольная наркологическая помощь;

- недобровольная (принудительная) наркологическая помощь;

- наркологическая помощь в уголовно-исполнительной системе Министерства юстиции Республики Казахстан.

2. Добровольная, недобровольная (принудительная) наркологическая помощь и наркологическая помощь в уголовно-исполнительной системе Министерства юстиции Республики Казахстан оказывается на основании и в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

Статья 26 Условия и порядок оказания наркологической помощи в соответствии с основными формами

1. Добровольная наркологическая помощь, в том числе в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан, оказывается на условиях:

- безопасности (анонимности);
- доступности;
- представления ассортимента услуг в соответствии со стандартами наркологической помощи, установленными для данных форм ее оказания;
- высокого качества их реализации.

2. Недобровольная (принудительная) наркологическая помощь, в том числе и в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан, оказывается на условиях:

- доступности;
- предоставления ассортимента услуг, соответствующего стандарту наркологической помощи, установленному для данной формы ее оказания;
- высокого качества их реализации.

3. Порядок оказания добровольной и недобровольной (принудительной) наркологической помощи, в том числе в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан, определяется в соответствии с протоколом реализации определенного вида наркологической помощи (ст. 27 настоящего Закона), предусмотренного стандартом услуг наркологического профиля, а также с учетом требований по обеспечению прав граждан при оказании им наркологической помощи определенного вида (Глава 2 настоящего Закона).

Статья 27 Виды наркологической помощи и порядок ее оказания

1. К основным видам наркологической помощи относятся:

- первично-профилактическая наркологическая помощь;
- экспертиза на предмет установления опьянения (интоксикации) психоактивными веществами;
- наркологическое освидетельствование на предмет установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ;
- судебно-наркологическая экспертиза;
- военная наркологическая экспертиза;
- трудовая наркологическая экспертиза;
- первичная наркологическая помощь, осуществляемая в рамках комплексных программ первичной наркологической помощи;
- амбулаторное наблюдение;
- амбулаторное лечение (дезинтоксикация и медикаментозная терапия);
- амбулаторная реабилитация;
- стационарное лечение (дезинтоксикация и медикаментозная терапия);
- стационарная реабилитация;
- социальная реабилитация (ресоциализация) в отделениях или центрах социальной реабилитации;

- противорецидивная (поддерживающая) терапия;

- специальный сектор услуг по снижению вреда от немедицинского потребления наркотических веществ, реализуемый в рамках комплексных программ первичной наркологической помощи;
- специальная комплексная терапия созависимых лиц в ближайшем окружении пациентов – зависимых от психоактивных веществ.

2. Порядок оказания основных видов наркологической помощи, в том числе порядок анонимного участия в соответствующих программах специализированной помощи, определяется в соответствии с утвержденными протоколами наркологических услуг (основной частью стандарта наркологических услуг) и утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения.

3. Порядок получения профессиональных или иных допусков граждан к деятельности, несовместимой с диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ включает обязательное наркологическое освидетельствование и утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения.

4. Порядок предоставления сведений наркологическими учреждениями о наличии диагноза психических и поведенческих расстройств на основаниях, предусмотренных законодательством РК, включает обязательное наркологическое освидетельствование и утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения.

Статья 28 Финансирование организаций, оказывающих наркологическую помощь

Финансирование органов здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, осуществляется за счет:

- средств государственного бюджета;
- средств, полученных за оказание медицинских услуг на платной основе;
- иных источников, не противоречащих законодательству Республики Казахстан.

Глава 5. Права, обязанности, квалификация и подготовка персонала, оказывающего наркологическую помощь

Статья 29 Права персонала, оказывающего наркологическую помощь

1. Профессиональные права персонала, оказывающего медицинскую помощь, определяются законодательством Республики Казахстан.

2. Персонал, оказывающий наркологическую помощь, имеет право на:

- материально-техническое и финансовое обеспечение профессиональной деятельности, согласно утвержденного стандарта организации наркологической помощи;

- информационное и организационно-методическое обеспечение профессиональной деятельности в соответствии с настоящим Законом;

- регулярное участие в программах повышения квалификации в соответствии с утвержденным стандартом образовательных программ для персонала, действующего в системе наркологической помощи, с оплатой за счет государственных средств.

Статья 30 Квалификационные требования и должностные обязанности персонала, оказывающего наркологическую помощь

1. Квалификационные требования к персоналу, оказывающему наркологическую помощь, устанавливаются соответствующим стандартом квалификации, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения.

2. Должностные обязанности персонала, оказывающего наркологическую помощь, являются составной частью соответствующего организационного стандарта и утверждаются уполномоченным органом в области здравоохранения.

Статья 31 Подтверждение права на занятие профессиональной деятельностью в сфере оказания наркологической помощи

Подтверждение права на занятие профессиональной деятельностью в сфере оказания наркологической помощи (квалификационные экзамены, процедура аттестации и переаттестации специалистов, оказывающих наркологическую помощь) проводится в порядке, определяемом законодательством Республики Казахстан.

Статья 32 Профессиональная подготовка персонала, оказывающего наркологическую помощь

1. Профессиональная подготовка персонала оказывающего наркологическую помощь, осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан и настоящим Законом.

2. Додипломное, последипломное образование и специальные курсы подготовки персонала, оказывающего наркологическую помощь, реализуются в соответствии со стандартом образовательных программ, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения.

3. Профессиональная подготовка персонала, оказывающего наркологическую помощь, осуществляется за счет предусмотренного бюджетного финансирования, а также за счет иных средств, не запрещенных законами Республики Казахстан.

Статья 33 Организации и лица, реализующие программы профессиональной подготовки персонала, оказывающего наркологическую помощь

1. Право на реализацию программ профессиональной подготовки персонала, оказывающего наркологическую помощь, имеют организации, соответствующие требованиям лицензионного доступа к данному виду деятельности и прошедшие процедуру аттестации и аккредитации в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

2. Право на участие в реализации программ профессиональной подготовки персонала, оказывающего наркологическую помощь, имеют лица, соответствующие квалификационному стандарту преподавателя определенной дисциплины или направления профессиональной наркологической деятельности, и прошедшие процедуру сертификации в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Глава 6. Заключительные положения

Статья 34 Международное сотрудничество в сфере наркологической помощи

Научные и практические организации наркологического профиля имеют право осуществлять международное сотрудничество и внешнеэкономическую деятельность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Статья 35 Ответственность за нарушение настоящего Закона

Ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Статья 36 Международные договоры

Если международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ДЕТСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Т. М. Ахметова, З. К. Кульшарипова, Т. А. Хусаинова

Существует несколько определений алкоголизма. С медицинской точки зрения - это хроническое заболевание, характеризующееся неодолимым влечением к спиртным напиткам. С социальной позиции - это форма девиантного поведения, характеризующегося патологическим влечением к спиртному, с последующей социальной деградацией личности. У детей алкоголизм имеет ряд характерных особенностей:

- быстрое привыкание к спиртным напиткам;
- злокачественное течение болезни;
- принятие ребёнком больших доз алкоголя;
- быстрое развитие запойного пьянства;
- низкая эффективность лечения.

Быстрое привыкание к спиртным напиткам, злокачественное течение болезни объясняется тем, что в подростковый период организм находится в стадии формирования устойчивости центральной нервной системы (ЦНС), и поэтому воздействие алкоголя на организм приводит к глубоким и необратимым процессам разрушения ЦНС.

Следующая характерная особенность заключается в том, что принятие ребёнком больших доз алкоголя в обществе не одобряется и поэтому, как правило, дети начинают пить тайком от взрослых.

Четвертая и пятая характерные особенности заключаются в быстром развитии запойного пьянства и низкой эффективности лечения алкоголизма у подростков.

Причины и последствия детского алкоголизма можно проследить по возрастным периодам.

Первый период - раннее детство: пьяное зачатие, употребление матерью алкоголя в период беременности и кормления грудью. Следствием этого является аномалия физического и психического развития ребенка.

Второй период - дошкольный и младший школьный возраст. В этот период основными причинами являются две: педагогическая неграмотность родителей и семейные алкогольные традиции, приводящие к формированию интереса к спиртному.

Третий период - подростковый и юношеский возраст, когда происходит формирование влечения к алкоголю, которое перерастает в привычку, приводя в большинстве случаев к алкогольной зависимости ребенка.

Таким образом, можно констатировать, что причины детского алкоголизма лежат, в первую очередь,

в отсутствии знаний о последствиях алкоголизма, в психологических особенностях личности, в неблагополучной семье, в усиленных притязаниях на взрослость, а также в показе употребления алкоголя в кинофильмах.

Следовательно, последствие алкоголя, с точки зрения наносимого им вреда, можно разделить на четыре группы:

- 1) социально-экономические - преждевременное оставление учебы, бродяжничество, воровство и т.д.
- 2) социально-психологические - разрыв отношений в семье, духовная и нравственная деградация личности.
- 3) криминальные - совершение преступлений и вовлечение детей и подростков в детскую преступную группировку.
- 4) физические - наносится вред не только собственному здоровью, но и здоровью окружающих людей.

Выделяют биологические и психологические причины подростковой наркомании.

Среди биологических факторов особенно выделяют: - степень изначальной толерантности (терпимости) к наркотическому препарату;

- природу наркотического вещества, которым злоупотребляет подросток, а также способ его потребления;

- потребности в принятии наркотика.

Психологические факторы включают в себя:

- привлекательность на психическом уровне возникающих ощущений и переживаний;

- стремление к самоутверждению;

- отсутствие устойчивых, позитивно ориентированных социальных интересов.

Если рассматривать причины детской наркомании с точки зрения психологических причин, то нами выделяются сначала факторы самих причин. Этими факторами, на наш взгляд, являются:

- социально-педагогические факторы, зависящие от воспитания ребенка в семье и его адаптации в школьном коллективе.

К ним, к сожалению, относятся: мода (престижность приема наркотиков или других психоактивных веществ) и влияние референтной группы.

Социально-культурные факторы так же являются причиной распространения наркомании среди подростков:

- влияние культуры, и в частности субкультуры, на подростка;

Существуют определенные меры остановки распространения детского алкоголизма и наркомании среди подростков.

Эти меры в первую очередь должны исходить от родителей:

- оградить собственных детей от контактов с лицами (группами, сообществами), оказывающих негативное влияние на подростка:

- повысить роль образовательных учреждений по перевоспитанию.

Особую функцию на себя должны взять так же центры по работе с семьями. Их помощь необходима матерям, которых волнуют вопросы дезадаптации детей.

Важную роль в данной проблеме, играет дополнительное образование. Оно является составной частью общего образования, но не входит в государственные образовательные стандарты и реализуется посредством дополнительных образовательных программ, которые могут использоваться для.

Дополнительное образование строится на следующих принципах:

- правильный выбор ребенком сфер и видов деятельности;

- ориентация на здоровые личностные интересы, потребности, способности ребенка;

- практико-деятельностная основа образовательного процесса.

В решении вопросов первичной профилактики детского алкоголизма и наркомании большим подспорьем будет, если мы обратим внимание к проблеме активизации самовоспитания. Эта совместная задача и семьи и центров по педагогической коррекции, педагогической реабилитации, перевоспитанию и исправлению.

Социально-педагогическая работа с подростками, склонными к употреблению алкоголя и наркотиков, и есть устранение негативных факторов, способствующих алкоголизации и наркомании детей.

Данная деятельность в совокупности включает и деятельность социальных педагогов в учреждениях образования.

Литература:

1. Гиппократ. О здоровом образе жизни // Избранные книги/Пер. с древнегреч. В. И. Руднева. - М.: ОГИЗ Биомедгиз, 1936.
2. Канель В. Я. Алкоголизм и борьба с ним. - М., 1914.
3. Колпаков М. Н. К вопросу об алкоголизме в С.-Петербурге и о мерах общественной борьбы с ним в связи с устройством специальных лечебниц для алкоголиков: Дис. ... д-ра мед. - С-Пб., 1896.
4. Зайцев Г. К. Школьная валеология. - С-Пб, 1998.
5. Здоровый образ жизни. Учебное пособие. - Ярославль, 1999.
6. Ершов С. А. Исцеление словам. - Псков, 1995.
7. Иванова Е. Как помочь наркоману. - С-Пб, 1997.

На наш взгляд, их деятельность в школе должна быть направлена на:

- социальную адаптацию ребенка, склонного к употреблению спиртных напитков, посредством его личностного развития;

- профилактику алкоголизма, наркомании с целью формирования у них отрицательного отношения к употреблению алкоголя;

- просвещение родителей.

- социальная реабилитация ребенка, имеющего алкогольную психическую или физическую зависимость.

Основными функциями социального педагога в работе с детьми, склонными к употреблению алкоголя и ПАВ, являются:

- диагностическая, нацеленная на ликвидацию факторов риска приобщения детей к спиртному и ПАВ;

- прогностическая, сущность, которой заключается в том, что на основе поставленного диагноза разрабатывается конкретная социально- педагогическая программа деятельности с ребенком;

- правозащитная, предусматривающая, что социально-педагогическая деятельность строится на правовой основе, включающей как соблюдение, так и защиту прав ребенка.

Практика антиалкогольной борьбы и борьба с наркоманией показывают, что решение конкретных вопросов по предупреждению и вытеснению негативных явлений невозможно без глубокого изучения причин, вызывающих потребление спиртных напитков, ПАВ и способствующих распространению пьянства, алкоголизма, наркомании среди детей и подростков.

Рассмотрев роль указанных социальных факторов в возникновении детского алкоголизма и наркомании в обществе, следует учитывать, что имеющиеся в жизни нашего общества объективные трудности и недостатки сами по себе автоматически их не вызывают. Однако они создают определенные предпосылки, психологическую предрасположенность к отклонениям от норм морали, в том числе к употреблению алкоголя и наркотиков.

О РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Т. О. Винокурова, А. С. Ракишева, Ш. М. Тлеубаева

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) - это семейное заболевание. Оно закономерно, т.е. с большей вероятностью, по сравнению с общей популяцией либо контрольными группами, повторяется у других членов семьи больного. Кроме того, незаболевшие члены семьи обязательно страдают психологически, а часто одновременно и психосоматически. Их состояние и поведение определяется понятием созависимость. Страдания членов семей больных, зависимых от ПАВ, - это серьезная социальная проблема в связи с большой распространенностью аддиктивных заболеваний в популяции. Сообщалось, что в США каждая шестая или каждая четвертая семья страдает от алкоголизма своего члена. Если к этому добавить, что семьи больных наркоманией страдают не меньше, чем семьи больных алкоголизмом, и учесть лавинообразный в последнее время рост распространенности наркоманий в Казахстане, то проблема вовлеченности семьи в аддиктивный процесс вырисовывается особенно выпукло.

Что касается алкоголизма с его более медленным развитием, по сравнению с развитием наркомании, то воздействие на семью алкоголизма одного из её членов определяется фазой алкоголизма и личностными чертами больного. В продромальной фазе установки и поведение родственников амбивалентны. Симпатии и антипатии сосуществуют, часто сменяясь, в особенности после алкогольных эксцессов. Далее семья пытается воздействовать на больного путем критики и убеждений.

В фазе полного проявления алкоголизма больной теряет авторитет, меняются роли членов семьи. Больной перестает быть добытчиком средств к существованию, воспитывать своих детей, так как активный алкоголизм и роль родителя несовместимы. Меняется сексуальное поведение: брак становится асексуальным. Вследствие как снижения потенции из-за химической интоксикации, так и отказа трезвого партнера от сексуальной жизни снижается ее интенсивность, равно как и гармония, и удовлетворенность. Больной не может оказывать также психологическую поддержку супруге. Частично эти функции супруга переходят к другим членам семьи. Старшие дети могут играть роль «суррогатного супруга». В семье нарастают эмоциональное отчуждение, дезинтеграция. Возникает мысль о разводе.

Однако семьи с зависимостью одного из супругов часто разводятся уже по прошествии длительного срока болезни. Развод часто становится причиной дальнейшего усугубления зависимости от ПАВ.

В случаях сохранения брака семья становится дисфункциональной. Часто, однако, больной алко-

голизмом (наркоманией), равно как и его супруга, происходят из дисфункциональных семей. И в собственных семьях они воспроизводят взаимоотношения, усвоенные от родителей. Признаки дисфункциональной семьи:

- отрицание проблем и поддержание иллюзий;
- вакуум интимности, душевной близости;
- замороженность правил и ролей;
- конфликтные взаимоотношения;
- недифференцированность «Я» каждого члена («Если мама сердится, то сердятся все»);
- границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимыми стенами;
- все хранят «секрет семьи», все поддерживают фасад псевдоблагополучия; имеется склонность к полярности чувств и суждений;
- абсолютизирование воли, контроля;
- семья как система исключительно закрыта.

Приведем некоторые правила воспитания детей в дисфункциональных семьях. Взрослые считают себя хозяевами ребенка. Лишь взрослые определяют, что правильно, что неправильно. Подразумевается, что ребенок ответствен за гнев взрослых. Родители держат эмоциональную дистанцию. Воля ребенка, расцениваемая как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее.

Противоположностью вышеперечисленным признакам выглядят характеристики функциональной семьи. Каждая из характеристик может быть целью психотерапии семьи с наличием больного зависимостью.

Признаки функциональной семьи: проблемы признаются и решаются; поощряются основные свободы - свобода восприятия, свобода мысли и обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода творчества; каждый член семьи представляет собой уникальную ценность; все члены семьи умеют распознавать и удовлетворять свои потребности; родители делают то, что говорят; ролевые функции выбираются, а не навязываются; в семье есть место развлечениям; ошибки прощаются, на них учатся.

Одним из вариантов проявления дисфункциональности в семьях больных с зависимостью является доминантно-подчиненный тип взаимодействия. Один или оба супруга могут иметь претензии к другому, испытывать недовольство, страдать от стресса, причем досада может прорываться под действием ПАВ. В такой супружеской диаде каждый попеременно занимает то главенствующее, то подчиненное положение, бывает то жертвой, то обвинителем. Члены диады склонны меняться ролями - этот тип отношений называют феномен перевертыша. Когда один из супругов в хорошем настроении -

другой чем-то недоволен. Когда один желает близости - другой держит дистанцию. Супруги не способны наладить гармоничные отношения и в то же время не могут расстаться.

Доминирующее положение супруга исполнено следующего смысла: «Пока тебе плохо, я чувствую себя сильнее, надежнее, я более справедлив (-а), могу контролировать себя, мне мало что угрожает». Подчиненное положение воплощает в себе следующий смысл: «Моя жизнь не удалась, и я намерен (-а) испортить и твою. Я ничего не могу с собой поделать и должен (-жна) положиться на тебя». Эти отношения смягчают неуравновешенность в супружестве и способствуют длительному существованию брака. В алкогольных или наркоманических диадах супруги могут доминировать попеременно, но не достигают гармонии взаимоотношений. Они чувствуют, что бессильны контролировать друг друга, но все же ведут бесполезную борьбу за власть и контроль над другим.

Близкие больного, страдающего зависимостью, обнаруживают комплекс эмоциональных, мировоззренческих, поведенческих особенностей, обозначаемых термином созависимость. Созависимый человек - это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей. Созависимость в известном смысле - это отказ от себя. Созависимыми являются:

- 1) лица, состоящие в браке или в любовных взаимоотношениях с больным зависимостью от ПАВ (т.е. алкоголизмом, наркоманией);
- 2) родители больных зависимостью от ПАВ;
- 3) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных зависимостью от ПАВ;
- 4) лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

Это основная характеристика созависимых, на которой базируются все остальные. Отсюда вытекает такая особенность созависимых, как направленность вовне. Эти люди полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими. Созависимые не умеют принимать комплименты и похвалу должным образом. Это даже может усиливать у них чувство вины и своей неадекватности. В их сознании и лексиконе доминируют многочисленные долженствования - «я должна», «ты должен». Низкая самооценка может быть мотивом стремления помогать другим. Поскольку они не верят, что могут быть любимыми и ценными сами по себе, то пытаются «заработать» любовь и внимание других и становятся в семье незаменимыми.

Созависимые верят, что в состоянии контролировать все на свете. Чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий по её контролю. Они думают, что могут сдерживать употребление алкоголя или наркотиков своим близким. Созависимые уверены,

что лучше всех в семье знают, как события должны происходить, как другие члены семьи должны себя вести. Для контроля над другими они используют угрозы, принуждение, советы, подчеркивание беспомощности других («Муж без меня пропадет»). Они внушают другим чувство вины («Я тебе всю жизнь отдала, а ты...») либо используют грубое доминирование и манипулирование.

Попытка взять под контроль неконтролируемые события приводит к депрессиям. Невозможность достичь цели в вопросах контроля. Созависимые рассматривают как собственное поражение, как утрату смысла жизни. Другим исходом контролирующего поведения созависимых является фрустрация, гнев.

Созависимые берут на себя ответственность за других лиц, при этом совершенно безответственны за собственное благополучие. Они плохо питаются, плохо спят, не посещают врача, не знают своих собственных потребностей. Спасая больного, созависимые лишь способствуют тому, что он будет продолжать употреблять алкоголь или наркотики. Попытка спасти, никогда не удается. Это всего лишь деструктивная форма поведения, деструктивная как для созависимого, так и для зависимого лица. Такая «забота» о других предполагает некомпетентность, беспомощность другого, неспособность его делать то, что делает за него созависимый близкий. Все это дает возможность созависимым чувствовать себя постоянно нужными, незаменимыми.

Многие поступки созависимых мотивированы страхом. Страх - основа любой зависимости. У созависимых - это страх столкновения с реальностью, страх быть брошенной, страх потери контроля над жизнью, страх, что случится самое худшее. Когда люди находятся в постоянном страхе, у них прогрессирует тенденция к ригидности тела, духа, души. Страх сковывает свободу выбора. Помимо страха, в эмоциональной палитре созависимых преобладают и другие отрицательные эмоции: тревога, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, негодование, ярость, обида, жалость к себе, гнев. Эти эмоции называют токсическими эмоциями. Они используются как механизмы защиты.

Еще одна характерная особенность эмоциональной сферы - обнуляция (затуманивание) чувств либо даже полный отказ от чувств. Постепенно у созависимых растет переносимость эмоциональной боли. Отказ чувствовать помогает росту толерантности негативных эмоций.

Негативные чувства в силу своей интенсивности могут генерализоваться, и распространяться на других людей. Легко возникает ненависть и к себе. Сокрытие стыда, ненависти к себе может выглядеть как надменность и превосходство над другими (это трансформация чувств).

Созависимые используют все формы психологической защиты - рационализацию, минимизацию, вытеснение, проекцию и прочие, но более всего -

отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит. Например, когда родители видят состояние наркотического опьянения у своего сына или дочери, то могут объяснить это себе чем угодно, но только не употреблением наркотиков. Созависимые легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное подходит к желаемому. Они видят только то, что хотят видеть, и слышат только то, что хотят слышать. Отрицание помогает созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда очень болезненна. Обманывать себя - это всегда деструктивный процесс, как для себя, так и для других. Обман - это форма духовной деградации. Созависимые отрицают наличие у них признаков созависимости. Именно отрицание мешает им попросить помощи для себя, затягивает и усугубляет зависимость больного, позволяет прогрессировать зависимость и держит всю семью в дисфункциональном состоянии.

Болезни, вызванные стрессом. Это психосоматические нарушения в виде язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, колиты, гипертензия, головные боли, нейроциркуляторная дистония, астма, тахикардия, аритмии. Созависимые болеют оттого, что пытаются контролировать то, что в принципе не поддается контролю (чью-то жизнь). Они много работают и тратят много сил на то, чтобы выжить. Появление психосоматических заболеваний свидетельствует о прогрессировании созависимости.

Поражение духовной сферы. Духовность в рамках концепции созависимости определяется как качество взаимоотношений с субъектом (человеком) или объектом, наиболее значимым, важным в нашей жизни. Духовность связана с системой отношений и ценностей человека. К наиболее значимым и ценным взаимоотношениям относятся взаимоотношения с самим собой, с семьей, обществом и Богом. Если у больного по мере развития заболевания эти взаимоотношения и связанные с ними ценности вытесняются отношениями с химическим веществом, то у созависимых они вытесняются патологически измененными взаимоотношениями с больным членом семьи. Выздоровление от созависимости возможно. Имеются специальные программы индивидуальной и групповой психотерапии по преодолению созависимости, а также группы самопомощи АА, АН. Созависимый человек должен сконцентрироваться на личном выздоровлении. Это будет его вкладом в выздоровление семьи в целом.

По результатам исследований в разных странах, дети в семьях с химической зависимостью одного или обоих родителей испытывают на себе неблагоприятное влияние. У них отмечаются различные школьные проблемы, нарушение концентрации внимания, страхи, депрессии, нарушения развития. Следует подчеркнуть, что перечисленные проблемы обнаруживаются у детей больных родителей чаще, чем

в контрольной группе детей не больных родителей, но проблемы не свойственны всем без исключения детям больных родителей. Неблагоприятное влияние на детей оказывает не собственно болезнь (алкоголизм, наркомания), а в большей степени та внутрисемейная среда, которая характерна для дисфункциональных семей. Иными словами, речь часто идет о психосоциальном влиянии на детей. Самочувствие детей в дисфункциональной семье: чувствуют себя виноватыми и ответственными за пьянство родителей; нелюбимыми и не замечаемыми, как будто они невидимки, поскольку вся жизнь в доме вертится вокруг больного родителя; неуверенными и незащищенными из-за вечного непостоянства поведения родителей, их отношения к детям и царящих в доме правил; испытывают страх, что родитель - алкоголик (наркоман) заболеет, попадет в катастрофу, умрет; стесняются поведения больного родителя; стыдятся «пятна» на своей семье; тратят много усилий на поддержание «секрета» семьи; напуганы внутрисемейной агрессией и жестоким обращением.

Реагирование детей на болезнь родителей: могут плохо учиться в школе; имеют мало друзей; часто совершают правонарушения; могут употреблять алкоголь и другие одурманивающие средства.

Следует подчеркнуть, что некоторые дети больных с зависимостью становятся сверхзвездами - достигают больших успехов в избранной области деятельности. Позднее у них также могут развиваться серьезные проблемы, например депрессия на третьем десятилетии жизни либо зависимость от ПАВ.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками оказывает разностороннее неблагоприятное влияние на профессиональную и хозяйственную деятельность. Острая алкогольная интоксикация приводит к снижению этой деятельности, в особенности в профессиях, требующих концентрации внимания, способности к быстрому реагированию, высокой остроты зрения, тонкой моторики, большой тщательности и ответственности в выполнении задания. Больные хроническим алкоголизмом с высокой толерантностью при умеренном употреблении алкоголя могут лучше выполнять физическую работу, чем без алкоголя. Но при хроническом алкоголизме работоспособность снижается из-за других факторов: из-за алкогольного поражения мозга замедляется психомоторика, ухудшается способность к осмыслению, к концентрации внимания, не считая редукции инициативы и активности. Характерологические изменения, сужение круга интересов приводят к тому, что больные с зависимостью от ПАВ уклоняются от профессиональной деятельности.

Зависимость от ПАВ приводит также к учащению несчастных случаев на производстве. Известно, что больные с зависимостью от ПАВ часто из-за опьянения или из-за болезней не выходят на работу, что нарушает ритм производства и снижает производительность труда. Зависимость от ПАВ препятствует профессио-

нальному росту. Безработица среди больных алкоголизмом встречается часто, особенно среди тех, кто живет без семьи (50%). В связи с вышеизложенным становится очевидным, что экономическая стоимость алкоголизма и наркомании огромна, хотя вследствие своей многофакторности трудноизмерима.

Криминальная деятельность. Значительная часть правонарушений во всем мире совершается в состоянии опьянения либо с целью покупки наркотиков. Статистика свидетельствует, что от 12% всех правонарушений и до 66% тяжких правонарушений (убийства) совершались в состоянии алкогольного опьянения. Алкоголь стал причиной антисоциальных поступков примерно 50% заключенных в тюрьмах.

Следует подчеркнуть, что не только преступники, но и жертвы часто находятся в состоянии опьянения в момент совершения над ними противоправного действия. Алкоголь существенно повышает вероятность оказаться жертвой правонарушения. Больные наркоманией чаще, чем больные алкоголизмом, совершают кражи, поскольку они обычно не могут заработать на дорогостоящий наркотик, а влечение к наркотику носит исключительно интенсивный характер.

Существует связь между злоупотреблением алкоголем и ожидаемой средней продолжительностью жизни. Повышение смертности среди больных алкоголизмом, по сравнению с таковой в общей популяции, связано с рядом причин. Среди них - заболевания, вызванные хронической алкогольной интоксикацией. Это алкогольный цирроз печени, онкологические заболевания желудка и верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которые наблюдаются у больных алкоголизмом в 12 раз чаще, чем в общем населении, инсульты. Особо следует выделить суициды. По обобщенным данным, они являются причиной смерти среди больных алкоголизмом в 2 - 7,5 раз чаще, чем во всем населении в целом, а несчастные случаи - в 2,7 раза чаще, чем в общем населении. Для женщин, больных алкоголизмом, эти показатели еще выше. Больные алкоголизмом женщины чаще, чем мужчины, умирают от несчастных случаев, суицидов, болезней сердечно-сосудистой системы, новообразований и в острой алкогольной интоксикации. Преобладающие непосредственные причины смерти у наркоманов - это передозировка веществ, самоубийства и заболевание СПИДом.

О СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ, ФОРМИРУЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ (ЭПИЗОДИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ)

С. Д. Жаныбеков, В. Н. Онгарова, Ж. Д. Брыжахина,
Л. Ж. Елеусизова, Е. К. Шаймарданов, А. И. Шпаковский

Актуальность проблемы

Катастрофический рост наркоманий в мире, в частности в нашей республике, определил актуальность данной проблемы. Так, по данным ООН, согласно которым в мире употребляют:

- препараты конопли – 142 млн. человек;
- амфетамины и синтетические наркотики - 30,5 млн. человек;
- кокаин – 13,4 млн. человек;
- героин и опиаты – 8 млн. человек.

По материалам социологического исследования, реальное число наркозависимых лиц в РК достигло достаточно критических значений – 2,3% от всего населения; 3,4% населения составляет группу риска (данные многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК, 2001 год). Пугающей является тенденция к стремительному росту наркотизации населения РК. Количество вновь выявленных лиц, употребляющих ПАВ (психоактивные вещества) за последнее десятилетие, выросло в 20 раз (Ф. Кумпл, С. Франке, 2002 г.).

Согласно данным статистических сборников, первичная заболеваемость вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) с 1990 по 2000 г.г. увеличилась с 96,1 до 294,0 на 100 тысяч населения.

По результатам экспресс-оценки положение в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии (ООН, 2002 г.) абсолютное число наркопотребителей в Казахстане на начало 2000 года составляло 165 - 186 тысяч человек при населении 14 869 021 человек (1,11 - 1,25%). В Кыргызстане на этот же период – 80 – 100 тысяч человек при населении 4 867 481 человек (1,64 - 2,0%); в Таджикистане – 45-55 тысяч человек при населении 6 131 000 человек (0,73 - 0,89%); в Узбекистане – 65 - 91 тысяча человек при населении 24 813 109 человек (0,26 - 0,36%). В свете изложенных положений актуальность исследования не вызывает сомнений.

Материалы и методы

В клиническом исследовании участвовали 93 пациента наркологического диспансера с зависимостью от ПАВ.

В исследовании использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический методы.

В наших исследованиях большое внимание уделялось психологическим мотивам, способствующим эпизодическому употреблению ПАВ (см. таблицу 1).

Таблица 1

Психологические мотивы, способствующие эпизодическому употреблению ПАВ

Эйфоризирующий мотив		Растормаживающий мотив		Стимулирующий мотив		Антидепрессивный мотив	
абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
53	57	10	10,7	19	20	11	11,9

Данные таблицы 1 показывают, что наибольший удельный вес приходится на эйфоризирующий мотив (57%), далее следует стимулирующий мотив (20%), затем - антидепрессивный (11,9%) и растор-

маживающий (10,7%) мотивы.

Особенно тщательно прорабатывался этап наркотизации. Нас интересовал аспект, касающийся первого употребления ПАВ (см. таблицу 2).

Таблица 2

Первое употребление наркотика

В одиночку		В компании	
абсолютное число	%	абсолютное число	%
16	17,2	77	82

Первое знакомство - употребление в 77 (82%) случаях происходило в компании. Наркоманы преодолевают впечатление отрицательного субъективного переживания, как правило, в группе либо по совету

опытных наркоманов, либо под давлением лиц, совместно принимающих наркотики.

Исследовалась микросоциальная среда, в которой происходило употребление ПАВ (см. таблицу 3).

Таблица 3

Микросоциальная среда при употреблении ПАВ

Друзья по месту жительства		Друзья по месту работы, учебы		Родственники	
абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
45	48,4	43	46,2	5	5,4

В 48,4% случаев обычной компанией являлись приятели по месту жительства; в 46,2% случаев микросоциальной средой являлись приятели по месту учебы, работы и только в 5,4% случаев обычной компанией при упот-

реблении ПАВ являлись родственники исследуемого.

Исследованию подверглись социальные и психологические факторы, способствующие эпизодическому употреблению наркотиков (см. таблицу 4).

Таблица 4

Социальные и психологические факторы, способствующие эпизодическому употреблению наркотиков

№	Факторы	абсолютное число	%
1	За компанию	32	34,4
2	Стремление «поднять настроение»	11	11,8
3	Желание удовлетворить любопытство	34	36,5
4	Избавиться от стресса	9	9,7
5	Отсутствие контроля со стороны близких людей	7	7,5

Из данных таблицы 4 видно, что наиболее часто встречаемой причиной, способствующей употреблению наркотических веществ, являлось «желание удовлетворить любопытство» - в 36,5% случаях; в 34,4% случаях причиной приобщения к ПАВ обследуемые называли причину «за компанию»; в 11,8% случаях поводом для наркотизации служил мотив «поднять настроение»; в 9,7% случаях пациенты пытались избавиться от стресса; в 7,5% случаях причиной приобщения к наркотическим веществам являлся фактор «отсутствие контроля со стороны близких».

Используемая литература:

1. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. - Астана, 2003.
2. Иванец Н. Н. Руководство по наркологии. Т. I-II // Медпрактика - М., 2002.
3. Кенжебаев Н. Ж., Кожжахметова Б. А., Ескалиева Т. А., Володько Г. П. Наркологическая ситуация в Карагандинской области // Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. - Т. 2, № 2.
4. Рудяков С. В., Брыжахин П. Г., Онгарова В. Н., Сулейменова С. Д., Сергеева Н. В., Хасс С. Х., Джаксыбеков М. А. Реабилитация больных опиоидной наркоманией в условиях дневного стационара // Вопросы наркологии Казахстана. - 2001. - Т.1, № 1.

Резюме: данные настоящего исследования позволяют сделать некоторые выводы в отношении социальных и психологических факторов, формирующих наркотическую зависимость. Так, выяснилось, что из всех психологических мотивов, способствующих наркотизации, наиболее часто встречаемым является эйфоризирующий мотив. Первое знакомство с психоактивными веществами происходило как правило, в компании; обычной компанией являлись приятели по месту жительства. Также мы выяснили, что частой причиной употребления ПАВ являлось «желание удовлетворить любопытство».

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ НАРКОМАНИИ

А. А. Кулунбаева, О. В. Кабанен, Ж. К. Бектемиров

г. Астана

В конце XX и начале XXI веков потребление дурманящего «зелья» обретает всё более и более угрожающие для цивилизации масштабы. Возникает вопрос: почему, несмотря на выработанный десятилетиями опыт активной борьбы с наркозависимостью (проведение лечебно-профилактических работ, информирование населения о вреде потребления наркотиков, проведения акций и митингов за здоровый образ жизни и т.д.), данная проблема до сих пор не искоренена?

На наш взгляд, причиной развития и дальнейшего прогрессирования наркомании, как негативного явления современного общества, являются социальные и физиологические факторы.

Социальные факторы. Первой и естественной социальной средой для ребёнка является его семья. Именно в семье закладываются основы формирования правил и норм поведения, вырабатывается определённый мировоззренческий стереотип. Поэтому, напряжённая психологическая обстановка в семье, конфликтные взаимоотношения между членами семьи, ссоры, скандалы, драки, атмосфера постоянного психологического дискомфорта являются причинами ухода детей из дома и приобщения их к сомнительным компаниям, стихийно образующимся

по тем же причинам. В подавляющем большинстве случаев непрерывная конфликтная ситуация в семье бывает связана с пьянством и наркоманией родителей. Как следствие, именно такие отношения между членами семьи способствуют формированию устойчивых антисоциальных настроений и поведенческих стереотипов, становятся питательной средой для криминальных замыслов и поступков, отсутствию внутренней культуры, низкому порогу ответственности, ограниченности интересов, заниженному интеллекту и самооценке.

Физиологические факторы. Наркомании более подвержены дети подросткового возраста, как правило, легко возбудимые, с ещё несформировавшейся нервной системой. Подростки с аномалиями характера, при так называемых «психопатиях», и психически больные люди становятся потенциальными жертвами наркозависимости, пополняя разрастающиеся ряды армии наркоманов. Также, наркомания легче развивается у лиц, перенесших черепно-мозговую травму и, как следствие, страдающих нарушением центральной нервной системы. Если говорить о детской и подростковой наркозависимости, то следует отметить следующие генетические предпосылки, к которым можно отнести, как родовые травмы,

так и психофизическое состояние матери во время беременности (токсикоз, приемы лекарств, перенесенные болезни, психические и физические травмы, курение, употребление наркотиков). Следовательно, в числе физиологических предпосылок приобщения детей и подростков к наркотикам, особое место занимает фактор наследственности, а именно отягощённость её наркоманией родителей.

К тому же имеются данные, свидетельствующие о том, что среди лиц, заболевших наркоманией, чаще встречаются конституционально - неустойчивые личности, склонные до болезни к эмоциональным колебаниям. Особенно это относится к женщинам.

Для радикального решения этой проблемы, не достаточна помощь только лишь специалистов-наркологов, силовых структур и государственных органов. Борьба с наркоманией актуальна для всех слоев общества, и бороться с этой напастью следует всем миром! Первое слово за молодёжью, родителями, педагогами - будьте бдительны, знайте, какие бывают наркотики. Например, по данным на май 2005 года, в городе Астане на учёте с диагнозом: Наркотическая зависимость состоит 2783 человека, из них женщин - 1090, подростков - 294. За 2004 год поставлено на учет с этим же диагнозом 1153 человека, из них женщин - 173, подростков - 111.

Так что же такое наркомания: болезнь или социально обусловленный образ жизни? Наркомания, безусловно, болезнь, страшный недуг, имеющий тенденцию разрастаться, как чума, в арифметической прогрессии. Согласно мировой статистике, наркозависимый человек способен привлечь к употреблению наркотических веществ ещё 15 - 20 человек, а значит, реальное число наркозависимых людей намного больше.

Наркомания - это хроническое заболевание, вызываемое злоупотреблением лекарственными или нелекарственными наркотическими средствами. Наркомания характеризуется возникновением патологического влечения к наркотическому средству (психическая зависимость), изменением толерантности человека к наркотическому средству, с тенденцией к увеличению доз и развитием физической зависимости, проявляющейся абстинентным синдромом при прекращении его приема. Медициной доказано, что у тех, кто употребляет наркотики, быстро разрушается здоровье, снижаются умственные и трудовые способности, ухудшается память. Эти люди быстро скатываются вниз по социальной лестнице: забрасывают учебу, работу, теряют контакты с близкими, родными и друзьями.

Интерес к наркотикам зачастую возникает в подростковом возрасте, что можно объяснить обычным детским любопытством, подражательством, поиском новых и необычных ощущений. При этом, как правило, стартовым наркотиком для начинающих является гашиш и марихуана или, как её ещё называют в простонародье, анаша, изготавливаемая из наркосодержащего растения конопли.

Марихуана (конопля сушеная) - трава зелёного или зеленовато-коричневого цвета. Гашиш - это пыльца конопли, которая может быть в виде комков или порошков зелёного или буро-зеленого цвета со специфическим сладковатым запахом, горькая на вкус. Пыльца бывает спрессованной в виде шариков, напоминающих пластилин, жирных на ощупь. Гашиш для курения чаще всего используют в смеси с табаком. Человек, однажды попробовавший наркотик, как правило, пробует и во второй, и в третий раз, теша себя иллюзией, что в любой момент может остановиться. Но не останавливается: мозг, зафиксировав «удовольствие», настойчиво требует его ещё и ещё раз, но уже в гораздо больших количествах. Число выкуриваемых сигарет с зельем и частота их употребления начинает расти. Уже предпочитается курение в одиночку, по 8 - 10 сигарет в день. При отсутствии анаши, у наркомана развивается недомогание, слабость, разбитость, дрожание рук, потливость, снижение аппетита. Настроение становится злобным, тоскливым, наблюдается раздражительность и агрессивность. В случае приёма высоких доз гашиша, развиваются слуховые и зрительные галлюцинации. Появляется немотивированное чувство страха и мания преследования. Наркоману начинает казаться, что вокруг него затевается что-то недоброе. В таком состоянии он может совершить преступление, вплоть до убийства или самоубийства. Состояние при передозировке может закончиться психозом. Отмечается резкая бледность, тошнота, рвота, снижение артериального давления и коллапс, то есть смерть...

Употребление анаши считается ступенью для перехода к более сильному наркотику. Таковыми являются вещества группы опия: ханка, химка, героин. Ханка - жидкость цвета пепси-колы, вводится внутривенно; химка - жидкость цвета пепси-колы с запахом мочи, вводится внутривенно; героин - порошок белого цвета с оттенками розоватого и сероватого цветов, вводится внутривенно, внутримышечно, его курят, пьют, нюхают, курят в смеси с анашой. При первом же знакомстве с этим наркотиком случается передозировка, которая приводит к острому отравлению. Наблюдается резкая слабость, головокружение, шум в ушах, рвота, сильный кожный зуд. Лицо становится багрово красным. Наступает глубокий сон. Зрачки сужаются, не реагируют на свет, дыхание слабое, пульс еле прощупывается. Позже лицо бледнеет, потом синее. Наступает смерть от паралича дыхательного центра. Смертельная доза - 0,3 - 0,5 грамма. Привыкание к этому виду наркотика происходит очень быстро, поэтому доза его быстро увеличивается. Внутривенный приём героина сопровождается почти мгновенным (на кончике иглы) ощущением теплой волны, которое на жаргоне называют «приходом», длящимся в течение минуты. Исчезает боль, если она была, появляется безразличие ко всему, кроме «кайфа», который нар-

команы пытаются всячески продлить. Они стремятся уединиться, впадают в оцепенение, теряют чувство времени...

Иногда возникают слуховые галлюцинации, полностью стирается грань между явью и сном. В такие минуты для наркоманов очень важно, чтобы их никто не тревожил, как они говорят «не сломал кайф». Если в таком состоянии наркомана поднять внезапным криком, то он возвращается в обычное состояние. При этом, как правило, наркоман приходит в крайнее раздражение, ярость, агрессивность. Длительное употребление героина сопровождается хроническими соматическими и психическими нарушениями. Больные выглядят значительно старше своих лет, кожа бледная с желтым оттенком, на лице образуются многочисленные морщины. Разрушаются и выпадают зубы, волосы теряют блеск, становятся ломкими, наблюдается раннее облысение. Больные заметно истощены, уменьшение массы тела может составлять 7 - 10 кг по сравнению с исходным весом. В результате многочисленных инъекций вены утолщаются, появляются рубцовые изменения. Возникают стойкие психопатические расстройства, астенический синдром, прогрессирует деградация личности. При отсутствии или отмене героина усиливается сердцебиение, потливость, насморк, слюнотечение, зевота, чихание, кашель. Пульс становится частым, слабым. Зрачки расширяются, голос делается хриплым. В костях и мышцах появляются нестерпимые тянущие боли, иногда носящие характер щекотания, что крайне мучительно для больного. Он находится в постоянном движении, кричит, стонет, ворочается в постели. Наблюдается потеря аппетита, тошнота, рвота, урчание, и боли в животе, понос. Походка становится неуверенной, руки дрожат. Тело покрывается холодным потом, больной резко бледнеет и впадает в бессознательное состояние.

Причиной трагического исхода может быть чрезмерная доза наркотиков или употребление наркотика с большой долей различных примесей, которые усиливают токсическое действие. Бывают и такие тяжелые осложнения, как паралич, потеря зрения, речи. Употребление грязных шприцев и игл, отсутствие правил санитарии приводит к заражению крови, воспалению вен, тромбообразованию, способствует передаче вирусного гепатита, сифилиса, СПИДа.

Нельзя не упомянуть и о наркотике из группы амфетаминов: экстази или «снежки», «динозавры», «клубничка» и «дискобургеры» - популярнейший наркотик дискотек. Это таблетки, напоминающие

аспирин с различной маркировкой (лошадка, зайчик, личико) и т.д. Через 20 минут после приёма экстази усиливает сердцебиение, повышается давление, сжимаются до зубного скрежета мышцы челюстей. Возбуждение нарастает, многие чувствуют нечто похожее на экстаз. Вопреки распространённому мнению, что экстази увеличивает сексуальное удовольствие, наркотик отрицательно влияет на эрекцию и тормозит кульминационный момент у обоих полов. Ощущение эйфории может сменяться паникой, депрессией, чувством тревоги и возможным нарушением мозговой деятельности. В числе побочных эффектов: тошнота, рвота, потеря координации, дезориентация. Если приём экстази сопровождается алкогольными возлияниями, риск многократно возрастает. Наркотик способен поразить почки вплоть до полного их отказа. Таблетки чреватые предрасположенностью к гепатиту, воспалению печени и даже печёночной недостаточности. Самая серьёзная проблема - обезвоживание организма. Экстази усиливает сердцебиение, одновременно блокируя мозговые сигналы, которые обычно приказывают организму замедлить темп. Душная атмосфера переполненных дискотек и энергичные танцы вызывают повышение температуры тела, что способно привести к тепловому удару, коме и смерти. Танцующие наркоманы могут заживо свариться от высокой температуры собственного тела. Перегреваясь, лопаются капилляры, вызывая внутренние кровоизлияния, оставляя на теле (особенно на лице) «вечные» отметины. Единственными признаками действия экстази являются: расширенные зрачки, повышенная потливость, усталость, раздражительность и перепады настроения.

Систематический приём наркотиков приводит к физической и умственной деградации, к полной импотенции. Работа, политические события, литература, искусство, общение с людьми, их судьбы, судьба семьи и своя собственная не интересуют и не волнуют наркомана. Мысли и дела хронических наркоманов нацелены на изыскания любой ценой все новых и новых доз для «кайфа». В стремлении добыть деньги на «дозу» они порой идут на тяжкие преступления.

Наркомания почти неизбежно провоцирует и порождает преступность, половые извращения и проституцию. Наше общество должно понять, что только сообща, общими усилиями мы можем справиться с данной проблемой, сформировать социальный иммунитет к наркотикам или высокую антинаркотическую устойчивость.

ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. А. Кулунбаева, О. В. Кабане, Ж. К. Бектемиров

г. Астана

Каждый человек воспринимает реальность по-своему. Прежде всего, это зависит от того, какой психической конституцией (характером) он обладает. Наиболее простой пример того, что мы имеем в виду: человеку с депрессивным характером мир будет видиться как непоправимо плохой, он будет смотреть на него через “серые очки”. И наоборот, человеку с приподнятым, гипоманиакальным характером мир будет казаться очень хорошим, праздничным, он будет смотреть на него через “розовые очки”.

Однако характеров много, и каждый из них строит свою модель взаимоотношений с реальностью. Но у каждой такой характерологической модели всегда есть два параметра: модальность и механизм защиты.

Модальность - это тип отношения высказывания к реальности. Например, в высказывании “Курить запрещено!” выражается модальность нормы, а в высказывании “Жизнь прекрасна” - модальность ценности. Есть характеры, которые предпочитают нормы, а есть те, для которых доминанту составляют ценности.

Механизм защиты - это тип реагирования личности (наделенной определенным характером) на проблемную или травмирующую ситуацию с тем, чтобы избежать тревоги, сохранить собственное “я”. Например, депрессивный человек будет всё время считать себя во всём виноватым - это и будет его защитный механизм. Он называется “интроекция” - рассмотрение чего-то внешнего как чего-то внутреннего. Напротив, человек с подозрительным, агрессивным характером (эпилептоид или параноик) будет склонен в собственных грехах винить других, и, соответственно, здесь будет действовать противоположный механизм защиты — проекция (восприятие внутреннего так, как будто это внешнее).

Сочетание определённых модальностей с определёнными механизмами защиты в характере наркологических больных мы называем механизмами жизни.

Переходя к характерологии, можно сказать, что если модальность это тип отношения высказывания к реальности, то характер - это совокупность психологических реакций сознания на реальность, и при этом в одном определённом характере преобладает ядерная доминантная реакция на реальность. В сангвиническом (циклоидном) характере такой доминантной реакцией является синтонность - жизнерадостно-светлое принятие реальности во всех её проявлениях. (В психоаналитической характерологии кречмеровскому циклоиду примерно соответствует депрессивно-маниакальный характер [Риман, 1998; Мак-Вильямс, 1998].) В эпилептоидном характере доми-

нантой является вязкая дисфорическая эксплозивность. (В психоаналитической характерологии эпилептоиду, по крайней мере, отчасти, соответствует параноидный характер.) В психастеническом характере это тревожно-рефлексивная доминанта. (В психоаналитической характерологии ганнушкинскому психастенику отчасти соответствует райховский мазохистический характер [Райх, 1999] и определёнными чертами, с одной стороны, обсессивно - компульсивный, а с другой - депрессивный характеры [Мак-Вильямс, 1998].) В истерическом характере - это вытеснительно-демонстративный комплекс. (В психоаналитической характерологии выделяется нарциссический (у Райха — “фаллическо-нарциссический”) характер, черты которого покрываются традиционно понимаемым истерическим [Мак-Вильямс, 1998].) В обсессивно-компульсивном (ананкастическом) характере это педантический комплекс (один из немногих характеров, который понимается обеими традициями примерно одинаково). В шизоидном характере - это аутистический комплекс (в понимании данного характера кречмеровская и райховская традиции также во многом совпадают). Подобно модальностям, характеры проявляют себя в двух противоположностях, которые Кречмер в “Строении тела и характере” определил как пропорции [Кречмер, 2000].

Естественно предположить, что каждый характер, как тип психологической реакции на реальность, должен определённым образом соотноситься с определёнными модальностями, как речевыми реакциями на реальность. По-видимому, каждый характер по-разному работает с разными типами реальности.

В плане представлений о пространстве и времени истерик и ананкаст также противоположны. Педантизм ананкаста (например, появление в положенное время в положенном месте) противостоит капризной изменчивости истерика. Сфера ананкаста - точность; сфера истерика - свобода. Ананкаст, как правило, помнит прошлое до мелочей и так же, до мелочей, планирует будущее, истерик, как известно со времен Блейера и Фрейда, вытесняет прошлое, перекраивает его по своему усмотрению и может существовать адекватно своей конституции только здесь и сейчас. Циклоид в пространстве и времени чувствует себя как дома. Ни прошлое, ни будущее не являются для него психологической проблемой, никакой темпорально-спациальной акцентуации мы у циклоидов не наблюдаем. Это - недоминантные модальности.

Рассмотрим теперь психастенический характер, как он описан П. Б. Ганнушкиным и М. Е. Бурно. Время и пространство для психастеника - также му-

чительная психологическая проблема. Он всегда находится не там и не тогда, где и когда находится его тело. В противоположность истерику и циклоиду психастеник никогда не существует здесь и теперь. И в этом плане он ближе обсессивно-компульсивному. Во время разговора он думает о прошлом или будущем, находясь в одном месте, думает о другом. Пространство и время доминантны для психастеника со знаком минус. Эпилептоид - к сверхъестественному, как правило, равнодушен; реалист. И, наконец, шизоид. Среди шизоидов - великие церковные и религиозные деятели, такие, например, как Кальвин, церковные философы - Августин, Фома.

При истерическом вытеснении нечто “берётся” и убирается из памяти сознания, а на его место ставится истерический симптом. При обсессивной изоляции нечто в сознании “берётся” и изолируется от других элементов сознания, и с этим изолированным элементом производится некая интеллектуальная или поведенческая работа. При шизоидном отрицании нечто в сознании “берётся” и наличие его отрицается, а на его “место” ставится нечто противоположное. При психастенической интроекции нечто “берётся” из места, находящегося вне сознания,

и переносится в некое место, находящееся внутри сознания. При эпилептоидной проекции нечто “берётся” из некоего места внутри сознания и переносится в некое место вне сознания. При циклоидной идентификации нечто находящееся за пределами сознания “берётся” и рассматривается как одновременно принадлежащее пространству внутри и вне сознания.

Разумеется, механизмы защиты не прикреплены намертво к определённой конституции хотя бы потому, что в реальной жизни чистых характеров практически не существует — у шизоида почти всегда есть нечто обсессивно-компульсивное; циклоида, в особенности гипертимического, легко спутать с истериком; ананкаст во многом пересекается с психастеником и так далее. Говоря обобщённо, в основе всех жизненных поведенческих стратегий лежат два противоположных механизма - тенденция, направленная к изменению начального состояния, и тенденция, направленная к сохранению (повторению) начального состояния. В целом эти две диалектически противоположные тенденции проявляются в идее фундаментального чередования, ритма.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВО КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

С. Н. Молчанов, А. З. Нургазина, О. Ю. Дробитько, С. Ж. Кокпенов, И. К. Тогина, С. К. Ахметжанова

Терапевтические сообщества имеют давнюю историю, которая берёт своё начало в первой половине 20-го века. Большую популярность терапевтические сообщества приобрели в 80-х годах прошлого века и успешно проявили себя там, где создавались условия для большой терапевтической группы. Таким образом, решались разнообразные проблемы, и касались они, в основном, духовно-личностной сферы как индивида, так группы в целом. Основная цель любого терапевтического сообщества — это успешная адаптация человека в большом социуме, т.е. обществе. Мы не рассматриваем здесь различные объединения людей, которые не несут такого понятия, как терапия (религиозные секты, партии, НПО и т.д.).

В связи с развитием такой социальной эпидемии, как наркомания возникла необходимость пересмотреть ныне существующие подходы в терапии и реабилитации данного контингента больных. Терапевтические сообщества в реабилитации наркозависимых, в разной форме и разной эффективностью (Daytop, Sinanon, Narconon, Monar, Almero, Phoenix Haus, АН), показали себя с положительной

стороны. Но социальная работа в наркологии находится на начальном этапе своего развития. Еще не закончено формирование программ социальной реабилитации больных. Не до конца сформировалась роль специалистов по социальной работе в общем процессе лечения и взаимодействия со специалистами смежных специальностей. При очевидной актуальности развития практики медико-социальной работы в наркологии, не менее актуальна разработка её теоретических и организационно-методических основ.

Наиболее передовые методы социальной работы в наркологии имеет польское молодёжное движение по программе Monar, принцип которой «Отдай себя другим», со штаб – квартирой, находящейся в Варшаве. «Монар» проводит огромную работу против наркомании. Актив данного движения - школьники, студенты, рабочая молодежь и, конечно, врачи. «Монар» финансируется министерством здравоохранения Польши и органами социального обеспечения. В основу деятельности программы Monar положен принцип самоуправления. Программа хорошо зарекомендовала себя, т. к. наркозависимые,

успешно пройдя все этапы реабилитации, имеют хорошие показатели ремиссии, положительную социальную динамику, и что особенно важно, улучшается качество их жизни.

Типичная реабилитационная система за рубежом - специализированные клиники, в которых больные наркоманией находятся от одного до трех лет, приобретают новую профессию, восстанавливают утраченные трудовые навыки. При реабилитационных центрах создаются предприятия, подсобные хозяйства, художественные промыслы. Все это позволяет больному рационально изменить ранее сложившиеся категории ценностей, порвать с бывшим криминальным окружением, сформировать установку на здоровый образ жизни в будущем. К моменту завершения пребывания больного в центре реабилитации ему подыскивают место работы и жилье. Следовательно, эффективными являются программы, обучающие адаптивному стилю жизни, навыкам общения, критическому мышлению, умению принимать решения и противостоять в ситуациях предложения психоактивных веществ, всё вместе это можно назвать антинаркотической устойчивостью или жизненными навыками. Кратко напомним основные составляющие феномена антинаркотической устойчивости: полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития; адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев; качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом; наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ; наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев; полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Психотерапевтическую работу с пациентом необходимо начинать с приёмного покоя стационара лечебного учреждения, где он знакомится с контрактом и условиями госпитализации; решение о госпитализации должно быть принято им осознанно и с пониманием, что терапия будет достаточно длительной. Если на этом этапе пациент начинает проявлять негативные и протестные реакции, то в госпитализации можно и отказать. Кстати, это тоже психотерапевтический приём, призванный донести до пациента то, что никто кроме него самого не ответственен за окончательный результат лечения, также это профилактика будущих правонарушений в отделении и синдрома эмоционального сгорания у персонала.

В отделении медикаментозной коррекции и психотерапии пациент по возможности должен быть, как можно раньше, включён в групповую работу,

для этого необходимо применять современные медикаментозные средства, снимающие симптомы абстиненции, но не тормозящие процессы высшей нервной деятельности. На современном этапе развития фармакологии это вполне возможно. Уже здесь пациенты должны придерживаться больничного режима и приучать себя к дисциплине, свободного времени практически не должно быть. График занятий составляет заведующий отделением совместно с заместителем по лечебной работе, руководствуясь теми возможностями, которые имеются в их распоряжении.

Отделение психотерапии и реабилитации следующий этап лечения. Здесь у пациентов необходимо сформировать в процессе групповой и индивидуальной работы недостающие качества личности. Дисциплина в отделении это то, что позволяет качественно структурировать работу психологов, психотерапевтов и социальных работников. На этом этапе у пациентов начинают появляться ответственности: за порядок в отделении, проведение досуговых и спортивных мероприятий, в итоге укрепляется позитивное ядро личности. На свободное время пациентам отводится 3 часа до отбоя и оно должно быть, по возможности, занято подготовкой к следующему дню занятий. Надо отметить, что на данном этапе пациенты получают много теоретической информации. Многие впервые в жизни соприкасаются с ментальными науками, некоторые решают посвятить свою жизнь религии, психологии, волонтерской деятельности, но патологическая часть личности всё же ещё сильна и здесь важно не попасть под манипулятивное влияние, когда отдельные пациенты начинают настраивать медицинский персонал друг против друга. В основном это касается взаимоотношений младшего и старшего медицинского персонала. Поэтому важна работа с персоналом, который не должен забывать, за что получает зарплату и не позволять себе грубость и хамство в отношении пациентов, в свою очередь и пациенты всячески стараются уронить авторитет сотрудников, жёстко пресекающих нарушения с их стороны. Данную проблему может конструктивно решить терапевтическое сообщество, на котором обсуждаются все проблемы в отделении. Описание, постановки такой работы, можно найти в различных пособиях и руководствах по проведению групповой психотерапии.

Следующий этап, до которого доходят далеко не все пациенты, - это отделение социальной реабилитации. На данном этапе те теоретические знания, которые пациенты получили на предыдущем этапе, нужно закрепить на практике. Главным лечебным моментом здесь является терапевтическое сообщество, другие терапевтические моменты по возможности не должны ущемлять сообщество. Работа в отделении строится на полном самосознании и самоуправлении пациентов. Для этого они проходят иерархические ступени: новичок, идущий, резидент,

волонтер. Достижение каждой ступени несёт определённые преимущества и ответственности. Успешным выходом из программы считается достигнутый уровень не ниже резидента. Персоналу надо понимать, что их задача не состоит в постоянной опеке пациентов, а состоит в том, чтобы научить пациентов применять полученные знания в практике социума. Для этого надо создать атмосферу искреннего и асертивного обсуждения всех сторон жизни отделения. Здесь возникают проблемы искренности, т.к. у большинства пациентов нет навыка докладывать о чужих нарушениях режима (да и о своих нарушениях тоже), поэтому приходится кропотливо, раз за разом, объяснять для чего это делается, т.к. нет выявленных нарушений, то и нет проблем, над которыми надо работать. В итоге мало кто получает качественную обратную связь, возникает ситуация, когда внешне всё хорошо, а внутри сообщества уже назрели большие проблемы. Главное - помнить, что без качественной обратной связи нет и личностного роста, как пациентов, так и персонала.

Сообщество это большая группа, большая семья и здесь, как и в любой семье, идёт борьба за влияние в различных сферах микросоциума. Чтобы терапевтическое сообщество отвечало данному названию предназначению, необходимо персоналу соблюдать те же требования, которые они предъявляют пациентам, - не заводить «любимчиков», соблюдать деонтологию, быть примером успеха в социуме. Когда на словах персонал «святой», а на деле совсем не так, то сообщества не будет или будет подобие секты, где персонал решает свои личные нерешённые проблемы за счёт пациентов и работодателя.

Социальная работа в наркологии - это не просто появление дополнительных функций у наркологической службы, это кардинальная перестройка всего лечебно-профилактического процесса и профилактической работы. В систему отношений с пациентом в качестве полноправного его партнера, наряду с медицинским персоналом, включается специалист по социальной работе, координирующий деятельность нескольких социальных работников или консультантов.

Целью медико-социальной работы (как уже было сказано выше), является достижение оптимально возможного уровня адаптации и функционирования в социуме лиц с физической, психической и социальной патологией. Как правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации. Объектом медико-социальной работы в наркологии являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, вызванные злоупотреблением и зависимостью от ПАВ, которые взаимно потенцируют друг друга и их решение затруднительно в объеме односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов

социальных служб, поскольку они неизбежно оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной профессиональной деятельности.

Особенность социальной работы с наркозависимыми состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что, несмотря на принимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки и выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую (в нашем случае наркологическую) специализацию. Специалист по социальной работе должен уметь хорошо взаимодействовать с местным департаментом социальной защиты населения знать и налаживать отношения с местными неправительственными организациями, оказывающими в рамках социального заказа услуги населению. Желательно, чтобы каждый пациент, выходя из отделения, имел на руках буклет с номерами телефонов служб, куда можно обратиться за помощью или какой-либо консультацией.

В то же время, нельзя забывать, что каждый модуль низшего порядка, как составляющая, иерархически относится к системе высшего порядка и должен учитывать интересы всего сообщества в целом. В нашем случае система высшего порядка состоит из отделений, в которых как по ступеням происходит движение пациентов, и заведующие всех отделений должны ясно представлять себе тот единственный результат, на который они работают. Очень много зависит от того, как руководители организаций общаются с персоналом и пациентами, т.е. культура, манера управления организацией, включая неформальное общение людей - друг с другом и т.д. Как начальники обращаются к своим непосредственным подчиненным, так и те будут обращаться со своим персоналом, а их персонал - со своими подчиненными. В терапевтическом сообществе, где от пациентов требуется культура честного исследования неприятностей, при интересе к пониманию глубинных индивидуальных систем, просто систем, систем группы и системы сообщества, важно, чтобы инициатива культуры шла от руководителей организации данного сообщества. Таким образом, от них требуется, чтобы они на практике искренно уважали личность и проявляли профессиональное участие друг к другу и к своим непосредственным подчиненным. Они

должны быть готовы признать и исследовать беспристрастно, но без обвинений, успехи, промахи и свои собственные, и своего непосредственно подчинённого персонала; разделить с ним свои сомнения и проблемы, привлечь персонал к участию в разрешении проблем и построении планов, и требовать, чтобы их команды вместе с ними думали о работе, которую необходимо сделать.

Итак, каждое терапевтическое сообщество – это система, которая включает в себя и сама включена в другие системы по принципу иерархии. Цель терапевтического сообщества в реабилитации наркологических больных – это успешная адаптация человека в большом социуме, т.е. в обществе. В том обществе, в котором живёт каждый из нас, и от нас, как от профессионалов, зависит то, каким оно будет завтра.

Использованная литература:

1. Батищев В. В., Негерши Н. В. *Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение.* - М., 2001. — С. 38-48.
2. Валентик Ю. В. *Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии.* - М., 1999. - С.140-176.
3. Валентик Ю. В. *Реабилитация в наркологии: Учебное пособие.* - М., 2001. – 36 с.
4. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. *Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации.* — М., 2001.
5. Пелипас В. Е., Соломоницина И. О. *Обзор зарубежного законодательства в области оказания наркологической помощи населению // Вопр. Наркологии.* - 1996. - № 1. - С.83-93.
6. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. *Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа.* - М., 2000. — С. 36.
7. De Leon G. *Community as a method: Therapeutic Communities for special population and special settings.* — Westport, Connecticut: Praeger Publishers, 1997.- 140 p.
8. Hinojal Fonseca R., Martinez J. J., Rodrigues-Hevia A. J. *Characteristics of a population undergoing treatment for drug addiction in a therapeutic community setting in Spain// Bull. on narcotics.* - N.Y., 1988. - Vol. 40, №1. - P. 67-69.
9. Hinshelwood R. D. *The community as analyst // Therapeutic communities.* — L., 1979. - P. 103-112.
10. Hobson R. F. *The Messianic community // Therapeutic communities.* - L., 1979. — P. 231-244.
11. Jones M. *The therapeutic community, social learning and social change // Therapeutic communities.* - L., 1979. — P. 1-10.

КРИТЕРИИ И ОСОБЕННОСТИ СОЗАВИСИМОСТИ

А. З. Нургазина, С. Н. Молчанов, О. Ю. Дробитько, И. К. Тотина, С. К. Ахметжанова

Что такое созависимость (проблемы дефиниции)?

Созависимость — это состояние, возникающее у членов семьи больного алкоголизмом или другими формами зависимости, которое, подчас, тяжелее, чем само заболевание. С начала 1980-х годов этот термин употребляется с растущей частотой. В мире развивается целое движение по преодолению созависимости.

Единого краткого определения (дефиниции) созависимости нет. Ряд исследователей давали несколько различающихся определений. Однако они лишь подчеркивали те или иные стороны созависимости.

Приведу ряд определений. Американский исследователь Смоли: «Созависимость — постоянная концентрация мысли на ком-то или на чем-то и зависимость (эмоциональная, социальная, иногда физичес-

кая) от человека или объекта. Иногда эта зависимость от другого человека становится патологическим состоянием, влияющим на все другие взаимоотношения (цит. по Whitefield C. Z., 1989).

Другой американский исследователь Уэкшайдер - Круз: «Созависимость — это паттерн усвоенных форм поведения, чувств и верований, делающих жизнь болезненной. Это зависимость от людей и явлений внешнего мира, сопровождающаяся невниманием к себе до такой степени, что мало остается возможностей для самоидентификации» (цит. по Whitefield C. Z., 1989).

Исследователь Шеф: «Созависимость — это болезнь, имеющая множество форм и выражений и вырастающая из основного процесса, которые я называю процессом развития зависимости» (Schaefer A. W., 1986).

Исследователь Янг: «Созависимость — это «плохое здоровье, нарушение адаптации и проблемы поведения, связанные с совместным проживанием с больным алкоголизмом» (Young E., 1987).

Чермак считает, что созависимость — это нарушение личности, основанное:

- на необходимости контроля ситуации во избежание неблагоприятных последствий; невнимании к своим собственным нуждам;
- на нарушении границ в области интимных и духовных взаимоотношений; слиянии всех интересов с дисфункциональным лицом. Другие проявления — отрицание, депрессия, вызванные стрессом соматические заболевания (цит. по Whitefield C. Z., 1989).

Менденгол определяет созависимость, как «вызванную стрессом концентрацию мысли на чьей-либо жизни, что приводит к нарушению адаптации» (Mendenhall W., 1989).

Сабби считает, что созависимость - это эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившееся в результате подверженности длительному стрессу и использования набора подавляющих правил - правил, которые не позволяют, открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы (Subby R. цит. по Schaef A. W., 1986).

Кто является созависимым лицом? Созависимыми являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или в любовных взаимоотношениях с больным зависимостью;
- 2) родители, взрослые братья и сестры больного;
- 3) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных зависимостью;
- 4) лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

В научной статье авторов из Великобритании о влиянии алкоголизма на супругов и детей (Hurcom C., Copello A., 2000), критически рассматривается «движение созависимости». Упоминают определения различных авторов. Например, созависимость - это «шикарный невроз нашего времени» (Lyon, Greenberg) «мусорный бак» (Anderson), «пристрастие к нездоровой заботе во взаимоотношениях» (Gordon, Barret).

Ряд авторов считают созависимость болезнью такой же, как и зависимость от психоактивных веществ. Созависимость скорее отвечает критериям патологического развития личности (Москаленко В. Д., 1994). В любом случае созависимость скорее можно понять в терминах описательной психологии, чем в терминах, обозначающих психопатологические нарушения.

Чем бы ни являлась созависимость - самостоятельной болезнью, реакцией на стресс или патологическим развитием личности - сравнение этого состояния с зависимостью лишь помогает глубже понять изучаемые явления.

Созависимость выглядит как зеркальное отражение зависимости. Основными психологическими проявлениями любой зависимости является триада:

- обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости - об алкоголе, наркотиках;
- отрицание как форма психологической защиты;
- утрата контроля.

Зависимость от психоактивных веществ поражает как индивида, так и его семью физически, психологически и социально. Сходство зависимости и созависимости усматривают в том, что:

- а) оба состояния представляют собой отдельное расстройство, а не симптом иного заболевания;
- б) и то, и другое состояние постепенно приводит к физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- в) невмешательство может привести к преждевременной смерти при каждом из двух рассматриваемых состояний;
- г) и в том, и в другом случае выздоровление требует системного сдвига, как в физическом, так и в психологическом состоянии.

Пристрастие к алкоголю, наркотикам и созависимость в равной степени отбирают у больного и его близких, совместно с ним проживающих, энергию, здоровье, подчиняют себе их мысли, эмоции. В то время как больной навязчиво думает о потреблении химического вещества, его жена (мать) столь же навязчиво думает о возможных способах контроля над его поведением (Москаленко В. Д., 1991, 1992). Как бы ни критиковали движение созависимости, всё же авторы статьи приходят к выводу: «Созависимость, похоже, воспринимается большим числом психотерапевтов, исследователей и клиентов как полезный конструкт для объяснения трудностей многих людей, страдающих от пьянства своих родственников» (Hurcom C., Copello A., 2000).

В качестве рабочего инструмента можно принять следующее определение: «Созависимый человек - это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей».

Созависимость в известном смысле - это отказ от себя. Созависимые о себе не думают, не воспринимают себя, как людей ценных, достойных всяческого уважения. И действительно она обходится без того, что делает жизнь радостной. Обходится без любви, спокойствия, удовлетворяющих здоровых взаимоотношений. Низкая самооценка созависимых как - будто приглашает в их жизнь боль, страдания, непереносимые испытания. Это из-за низкой самооценки они вступают в трудные взаимоотношения, долго терпят в проблемном браке, сохраняют верность тем людям, которые, возможно, не заслуживают такой преданности.

Формула здоровой оценки весьма простая. Я - не хуже других, но я и не лучше других. Из низкой самооценки вытекает такая особенность созависимых, как направленность вовне. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя они слабо представляют, как другие должны к ним относиться.

Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно себя критиковать, но не переносят, когда другие их критикуют. Тогда созависимые становятся самоуверенными, негодующими, гневными. Созависимые не умеют принимать комплименты и похвалу должным образом. Комплименты могут даже усиливать у них чувство вины или своей неадекватности. И в то же время у них портится настроение в результате отсутствия такой мощной подпитки чувства своей самооценности, как «словесные поглаживания», по Э. Берну (1992). В глубине души созависимые не считают себя достаточно хорошими людьми, они испытывают чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют развлечение.

Созависимые стыдятся пьянства мужа либо наркомании сына или дочери. Эти проблемы они держат как большой секрет семьи. Созависимые родители наркоманов держат в секрете свои проблемы не только от друзей и знакомых, т. е. от внешнего мира, но они пытаются скрыть проблемы и внутри семьи. «Разве я могу сказать своей матери, что мой сын, её единственный внук, - наркоман? Это убьёт маму». А в это время бабушка наркомана уже узнала сама о болезни внука и страдает оттого, что не может, открыто говорить с дочерью на эту тему.

Низкая самооценка движет созависимыми, когда они стремятся помогать другим. Поскольку они не верят, что могут быть любимыми и ценными сами по себе, то они пытаются заработать любовь и внимание других. Так они в семье становятся незаменимыми, вернее думают, что они незаменимы.

Тело и душа связаны между собой прочнее, чем мы можем себе представить. Если забросить чувства, не проживать их и не выражать вовне, не осознавать, что ты чувствуешь, то можно заболеть телесно.

Быть больной, страдать и душевно, и телесно - типично для жены алкоголика. У этих женщин огромный талант страдать. Может быть, они сами наказывают себя страданием? Ведь часто они испытывают чувство вины. А когда чувствуешь себя виноватой, то неосознанно можешь наказывать себя. А, возможно, страдания им необходимы, чтобы оправдать стремление к успеху? Может быть, мы страдаем и верим, что таким путём зарабатываем себе более счастливое будущее? Ситуация в семье, где есть больной алкоголизмом, сложна, серьезна и болезненна для всех членов семьи. Да что там говорить - люди живут в аду!

Что такое наши чувства? Важнейшая часть нас самих, всех людей. Отказаться чувствовать - это, в какой-то степени, отказаться быть. Быть самим со-

бой. Заодно отказаться быть удовлетворенным жизнью. Порой жизнь созависимых протекает так, как будто и не воспринимается всеми чувствами. У них как - будто утрачены навыки распознавания и понимания своих чувств. Они могут не заметить реально надвигающуюся опасность. Они слишком поглощены тем, чтобы удовлетворять желания других людей, может быть, поэтому утратили ощущение самих себя. Созависимый человек не в фокусе своего сознания. В центре его сознания зависимый больной. Созависимость - это отказ от себя. Созависимые даже иногда думают, что не имеют права на собственные чувства; они готовы отречься от своего чувственного опыта. «Как я могу наслаждаться здоровьем, когда мужу так плохо?». Созависимые привыкают к искажению чувств. Трансформация чувств происходит подсознательно. Негативные чувства в силу своей интенсивности могут генерализоваться и распространяться на других людей, в том числе и на врача. Легко возникает у созависимых ненависть к себе, которую они проецируют на других в порядке психологической защиты. Соккрытие стыда, ненависти может выглядеть как надменность и превосходство над другими. Это еще одна трансформация чувств.

Созависимые используют все формы психологической защиты - рационализацию, минимизацию, вытеснение, но более всего - отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит («просто вчера он пришёл пьяный»). Они как - будто уговаривают себя, что завтра все будет лучше. Порою созависимые постоянно чем-то заняты, чтобы не думать о главной проблеме. Созависимые легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное подходит к желаемому. Самым ярким примером легковерия, в основе которого лежит созависимость и отрицание проблемы, является ситуация, когда жена больного алкоголизмом продолжает десятилетиями верить, что он бросит пить и всё само собой изменится к лучшему. Созависимые хотят верить, а если они хотят, чтобы так было, то так и должно быть, по их логике. Они видят только то, что хотят видеть, и слышат только то, что хотят слышать.

Отрицание помогает созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда настолько болезненна, что они не могут её вынести. Отрицание - это тот механизм, который дает им возможность обманывать себя. Однако нечестность даже с самим собой - это уже утрата моральных принципов. Ложь неэтична. Обманывать себя - это деструктивный процесс, как для себя, так и для других. Обман - форма духовной деградации. Созависимые отрицают у себя наличие признаков созависимости. Именно отрицание мешает мотивировать их на лечение своих собственных проблем.

Блокировка чувств, отрицание хотя и помогают пережить шок, острую боль, но ведут к саморазрушению. На отказ от разнообразных чувств организм

реагирует ослаблением общего физического состояния. И тогда открываются ворота для многих болезней, в том числе и тяжёлых.

Развиваются поразительные способности распознать, что нравится и что не нравится другим людям. Созависимые верят что, как только они станут такими, какими их хотят видеть другие, жизнь сделается безопасной, надёжной; они будут приняты в тех кругах, куда стремятся. Они так сильно зависят от других, что даже право на существование должно подтверждаться другими. Они не уверены, что законно занимают место в жизни. Им необходимо подтверждение этого извне. Созависимые не доверяют своему собственному восприятию, пока другие не подтвердят его.

Как зависимость, так и созависимость представляет собой длительное, хроническое страдание, приводящее к деформации духовной сферы. У созависимых эта деформация выражается в том, что они вместо любви питают к близким ненависть, теряют веру во всех, кроме себя, хотя своим здоровым импульсам тоже не доверяют, испытывая жгучее чувство ревности, зависти и безнадежности. Жизнь у зависимых больных и их созависимых родственников проходит часто (особенно в период обострения болезни) в социальной изоляции. Общение с собутьниками не является полноценным общением.

Химическую зависимость часто называют болезнью безответственности. Больной не отвечает ни за последствия употребления психоактивного вещества, ни за разрушение своего здоровья, ни за благополучие в семье, не выполняет родительские обязанности. Созависимые лишь внешне производят впечатление сверхответственных людей, однако они в равной степени безответственны за свое состояние, за свои потребности, за свое здоровье и тоже не могут хорошо исполнять свои родительские обязанности.

Созависимость может с течением времени усугубляться. Некоторые авторы считают, что оставленная без внимания созависимость может приводить человека к смерти. Смерть наступает от болезни вызванных стрессом. Созависимость может протекать волнообразно - то, усугубляясь то, ослабевая, например, в периоды ремиссии больного члена семьи.

Условно выделяют 4 фазы созависимости (Хезельдене, США):

1. Фаза озабоченности:

- Тревога за близкого, больного зависимостью. Периодическое появление токсических эмоций (ТЭ). Токсические эмоции (ТЭ) - это чувства вины, стыда, обиды, жалости к себе, беспокорства и гнева. Эти эмоции становятся механизмом защиты для человека, страдающего созависимостью. Токсические эмоции для созависимого все равно, что алкоголь для алкоголика.
- Отрицание проблемы. Частое использование ТЭ.

- повышенная переносимость отрицательного поведения больного и ТЭ.

- Трудности концентрации внимания.

2. Фаза самозащиты:

- Трансформация различных эмоций в негативные и в то же время отрицание ТЭ.
- Все внимание поглощено больным членом семьи.
- Защита больного.
- Высокая терпимость к неподобающему поведению больного.
- Чувство ответственности за все семейные проблемы.
- Повторяющиеся трудности концентрации внимания.
- Утрата контроля над своей жизнью и над жизнью больного.

3. Фаза адаптации:

- Чувство вины и стыла.
- «Идеальное» поведение
- Выраженный гнев.
- Увеличение потребления спиртного (наркотика) больным.
- Угрызения совести и стресс.
- Приспосабливание к житейским неудобствам.
- Все действия сконцентрированы на больном.
- Стремление изолировать больного и/или чрезмерно опекать.
- Выраженная жалость к себе.
- Все для других, ничего для себя.
- Непереносимое чувство обиды.
- Рассеянность.
- Распад семьи.
- Обращение за медицинской или психологической помощью.
- Чувство собственного поражения.
- Критически низкая самооценка.
- Бесконтрольное прибегание к ТЭ.

4. Фаза истощения:

- Обоснование использования ТЭ.
- Полная утрата чувства собственного достоинства.
- Потеря терпимости к больному.
- Духовная деградация.
- Страхи.
- Выраженная тревога, депрессия.
- Все обоснования целесообразности своего поведения оказываются несостоятельными.
- Преодоление созависимости или глубокий кризис.

Выздоровление и восстановление баланса жизни может начаться в любой фазе созависимости. Процесс выздоровления может иметь следующие этапы:

- а) прекращается прибегание к ТЭ;
- б) выздоровление становится первоочередной задачей;

- в) эмоциональное отдаление от больного (отстранение);
- г) возвращение физического, духовного и эмоционального здоровья;
- д) желание продолжать психотерапию, заботиться о себе, удовлетворять свои потребности;
- е) восстановление здоровых взаимоотношений с больным членом семьи.

Созависимость тоже колеблется в своей интенсивности. Могут наступать периоды ослабления (ремиссии) и обострения (срывы). Иногда это идёт параллельно с чередованием обострений и ремиссий мужа, иногда - нет. Триггером для рецидива созависимости могут служить другие, неалкогольные труд-

ности жизни: усталость, нерешённые проблемы, накопившиеся отрицательные эмоции. Обострение течения алкоголизма у близкого человека, как правило, приводит к обострению созависимости.

В медицине бывают острые и хронические болезни. В жизни бывают периоды обычного течения событий и кризисные состояния. Алкоголизм и наркомания, не считая состояний острого отравления, относятся к хроническим болезням. Помогать необходимо, но при этом верить в целительную силу самой личности больного. Не в медицине, а в жизни людей спасают лишь в чрезвычайных ситуациях. Да, если человек тонет, то это чрезвычайная ситуация, - спасать необходимо.

Литература:

1. Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. Пер. с англ./Общ. Ред. М.С. Мацковского; Послесловие И.Г. Ионина и М. С. Мацковского.* — СПб: Лениздат, 1992. — 400 с.
2. Иванец Н.Н., Нойман И. *Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. В 2 томах.* - М.: Медицина, 1988. - Том 2. - С. 113-114.
3. Клауд Г., Таундсен Дж. *Барьеры. Когда говорить ДА. Когда говорить НЕТ. Как управлять своей жизнью / Пер. с англ.* — СПб.: «Мирт», 1999. — 384 с.
4. Мирошниченко Л. Д., Пелипас В. Е. *Наркологический энциклопедический словарь в 2 частях. — Часть: Алкоголизм // Под общей редакцией Иванца Н. Н.* — М.: Анахарсис, 2001. — 190 с.
5. Москаленко В. Д. *Ребенок в «алкогольной» семье: психологический портрет // Вопр. психологии.* — 1991. — № 4. — С.65-73.
6. Москаленко В. Д. *Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом // Вопр. наркол.* — 1995. - № 2. — С.76-79.
7. Москаленко В. Д. *Лечение созависимости // В кн.: Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы Первой Всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии.* - М., 1996. — С. 47-48.
8. Москаленко В. Д. *Мифы и реальность интимности.* — М.: Панорама, 1992. — 87 с.
9. *Энциклопедический словарь медицинских терминов: Изд. Первое.* - М., 1982. - Том 1. - С.39.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ И ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Т. В. Пак, С. Н. Молчанов, Н. В. Асланбекова, О. В. Ермолаев

г. Павлодар

Реабилитация лиц с наркотической зависимостью — это сложный, длительный и многоаспектный процесс. Основными его составляющими являются: медицинская реабилитация, психологическая реабилитация, а также социальная реабилитация, направленная на ресоциализацию пациента. Реабилитация лиц с наркотической зависимостью — это сложный, длительный процесс, имеющий много аспектов.

Восстановление социального функционирования и обретение нормативного социального статуса требует интенсивных терапевтических воздействий на этапе социальной реабилитации. В то же время реабилитационных структур, которые могут обеспечить возвращение наркозависимого в общество, не хватает.

Процесс социальной реабилитации реализуется в особых условиях, точнее в условиях терапевтического сообщества (ТС), загородного поселения, дома на пол пути.

Процесс социальной реабилитации реализуется в особых условиях, точнее в условиях терапевтического сообщества (ТС), загородного поселения, дома на пол пути.

Цели и функциональные задачи отделения социальной реабилитации

Основной целью отделения социальной реабилитации (ОСР) является эффективная социальная реабилитация лиц, зависимых от ПАВ; развитие пси-

хологических личностных и социальных свойств, обеспечивающих адаптационные навыки ресоциализации; начальное профессиональное обучение и развитие трудовых навыков и отношений.

Основными задачами ОСР являются:

1. Обучение трезвому, здоровому стилю жизни с формированием устойчивого отказа от употребления ПАВ в условиях Терапевтического сообщества.

2. Восстановление и развитие трудовых навыков и производственных отношений.

3. Формирование социальных навыков функционирования в обществе на примере модели ТС.

4. Обучение навыкам нормативного семейного взаимодействия, преодоления проявлений созависимости.

5. Формирование противорецидивных навыков с целью предупреждения срыва, возврата к употреблению психоактивных веществ (ПАВ).

6. Развитие навыков организации нормативного досуга, культурных программ, спортивно-оздоровительных мероприятий.

7. Подготовка и обучение волонтеров – консультантов из числа бывших зависимых с целью реализации данного ресурса в программах медико - социальной реабилитации (МСР).

Основные принципы деятельности отделения социальной реабилитации

Основные принципы деятельности осуществляются согласно Положению об ОСР и его уставу.

Деятельность ОСР имеет четыре направления: «Труд»; «Учеба»; «Распорядок»; «Досуг».

- Трудотерапия включает трудовую деятельность на рабочих местах с целью восстановления утраченных и развития нормативных трудовых навыков и производственных отношений.

- Принцип распорядка формирует навыки дисциплины, самоконтроля, планирования и взаимодействия.

- Учеба включает обучающие процессы: групповую психотерапию, социально-психологические тренинги, образовательные программы, духовно - ориентированные практики и др.

- Направление «Досуг» формирует навыки организации нормативного досуга, участия в культурно-развлекательных программах, спортивно - оздоровительных мероприятиях.

Модель социальной реабилитации в ОСР имеет вертикальную иерархию: «новичок», «идуший», «резидент», «волонтер». Каждый из статусов соответствует уровню прохождения реабилитационной программы. Переход и присвоение реабилитационного статуса происходит в соответствии с балльной системой поощрений и наказаний. К поощрениям относятся:

- объявленная устная благодарность;
- благодарность на Доске почета;
- досрочное присвоение специального звания;

- занесение имени реабилитанта в Книгу почета;
- снятие ранее наложенного дисциплинарного взыскания;

- дополнительные поощрения по решению администрации.

Взыскания данной системы утверждены в соответствии с таблицей взысканий.

Одним из компонентов деятельности ОСР является система самоуправления. Совет правления решает организационные вопросы, вносит предложения по модификации работы в ТС, обсуждает и принимает решения по жизнедеятельности терапевтического сообщества.

Другим компонентом деятельности ОСР является принцип кураторства. Пациент в статусе «новичок» в период вхождения в программу социальной реабилитации является курируемым, а его куратором – пациент в статусе идущего. Куратор обучает и контролирует новичка по вопросам порядка, правил и жизнедеятельности в ТС.

Продолжительность реабилитационной программы в ОСР составляет в среднем 2 - 4 месяца, что соответствует курсу лечения по 1 - 2 квотам, согласно контракту Центра. Пациент имеет право на повторное лечение в ОСР по государственному заказу (квоте) при отсутствии нарушений условий контракта.

В ОСР допускаются встречи (свидания) и временное совместное пребывание пациентов с членами их семей по решению администрации отделения.

Пациенты ОСР после выхода из программы включаются в катamnестическое исследование характеристик ремиссии с целью мониторинга эффективности лечения.

В отделении социальной реабилитации соблюдается конфиденциальность информации о личности пациента и членах его семьи, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РК.

Социальные направления реабилитационной программы

Модель социальной реабилитации кроме медицинской и психологической помощи пациентам включает следующие социальные направления деятельности:

- взаимодействие с профильными организациями, учреждениями, службами по оказанию бывшим пациентам социальной поддержки в вопросах трудоустройства, обеспечения жильем, получения пособий и др.;

- участие пациентов ОСР в профилактических программах наркологического профиля для молодежи и студентов учебных заведений;

- взаимодействие со СМИ с целью формирования адекватного общественного мнения по проблеме наркозависимости в молодежной среде;

- преемственность и сотрудничество с реабилитационными центрами, профильными НПО регионов РК;

-
-
- участие в работе групп само- и взаимопомощи «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы» пр.;
 - оказание противорецидивной помощи и поддержки бывшим пациентам ОСР, их значимым другим лицам и членам семей;
 - проведение семейного консультирования и вовлечение членов семей в реабилитационную программу в зависимости от уровня реабилитационного потенциала семьи.

Права и обязанности пациента отделения социальной реабилитации

Соблюдение всех пунктов Устава и Положения ОСР является приоритетной задачей и обязанностью пациента. Пациент должен:

- быть дисциплинирован и честен;
- выполнять распоряжения, рекомендации и проявлять уважение к вышестоящему по статусу реабилитанту;
- проявлять инициативу и активность в процессе реабилитации;
- помогать каждому пациенту ОСР и поддерживать его словом и делом;
- не позволять себе и другим пациентам совершать патологические поступки, т.е. относящиеся к патологическому статусу «Я – зависимый»;
- беречь вверенное имущество и нести за него ответственность;
- стойко переносить бытовые трудности, связанные с проживанием в ОСР;
- дорожить честью данного слова, честью своего отделения;
- проявлять уважение к администрации, специалистам, сотрудникам, среднему и младшему медицинскому персоналу отделения;
- поддерживать порядок и чистоту в ОСР, а также следить за опрятностью своего внешнего вида;
- соблюдать правила вежливости и чистоты речи;
- по вопросам программы реабилитации пациент ОСР имеет право обращаться к своему куратору, по мере необходимости - к резиденту направления, к волонтеру;
- по личным вопросам пациент (новичок, идущий, резидент) имеет право обращаться к волонтеру, специалистам;
- пациент в сложных ситуациях в виде исключения имеет право обращаться к администрации ОСР, минуя вышестоящий статус;
- пациент имеет право обращаться с вопросами, предложениями, а также высказывать конструктивную критику на собраниях ТС.

Права и ответственности пациентов имеют различия в зависимости от реабилитационного статуса. Волонтер является помощником специалистов и администрации отделения. Волонтер:

- Несет ответственность:
 - а) за разработку предложений по реорганизации жизнедеятельности ОСР;

- Имеет право:
 - а) являться членом совета правления;
 - б) находиться за пределами ОСР и иметь наличные деньги по согласованию с администрацией;
 - в) делать замечания должностному лицу, имеющему нижестоящий статус;
 - г) контролировать ведение общего собрания ТС.

Резидент является помощником волонтера, он анализирует и контролирует бытовые, производственные ситуации, а также психологический климат в ОСР.

Резидент несет ответственность за реализацию предложений по реорганизации жизнедеятельности ОСР и имеет право:

- голоса при решении проблемных задач в отношении жизнедеятельности ОСР;
- совещательного голоса на совете правления;
- находиться за пределами ОСР и иметь наличные деньги по согласованию с администрацией;
- делать замечания должностному лицу, имеющему статус ниже.

В обязанности Резидента входит:

- 1) проведение общего собрания ТС;
- 2) планирование и координация деятельности ОСР по направлениям;
- 3) разработка, с регистрацией в журналах, заданий для идущих по согласованию с волонтерами;
- 4) учет выполненных идущими заданий, анализ их качества;
- 5) мониторинг динамики личностных изменений, роста по индивидуальным дневникам;
- 6) проведение мотивационной работы в отделениях Центра.

Идущий – это реабилитант, прошедший период адаптации и зарекомендовавший себя ответственным и инициативным членом терапевтического сообщества. Идущий определяет: вид, объем и сроки выполнения заданий для новичков; контролирует качество и ведет отчетность по выполненным работам группой новичков; ведет учет и оформляет заявки на необходимые в производстве ресурсы; проводит мотивационную работу в отделениях Центра.

Идущий имеет право выбирать группы или другие формы учебных программ. А также идущий имеет право претендовать на статус резидента.

Новичок – это реабилитант, переведенный или поступивший в ОСР, успешно завершивший предшествующие этапы программы МСР. Статус новичка присваивается, а также на общем собрании ТС для него определяется куратор. Новичок имеет право:

- на курацию, на информацию о своих правах, обязанностях и ответственностях по четырем направлениям;
- высказывать свое мнение на общем собрании ТС;
- выступать на Совете правления, предварительно согласовав тему и регламент.

Новичок не имеет права:

- голоса на общем собрании ТС;
- покидать ОСР и не может находиться за его пределами.

Таким образом, социальная реабилитация лиц с зависимостью от ПАВ представляет собой профессиональную деятельность, осуществляемую бригадой специалистов, руководствующихся принципами ТС. Социальная реабилитация должна завершаться приобретением основных жизненных навыков, производственных и бытовых умений, способности к учебе и труду.

Литература:

1. Валентик Ю. В. *Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание уч. степени: д.м.н.* - М., 1993. - 350 с.
2. Валентик Ю. В. *Реабилитация в наркологии: Учебное пособие.* - М., 2001. - 36 с.
3. Джонсон В. *Как заставить наркомана или алкоголика лечиться.* - М., 2000. - 120 с.
4. Дереча В. А., Дереча Г. И., Карнец В. В. *Системный подход к организации реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей.* - Оренбург, 2001. - 24 с.
5. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. *Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа.* - М., 2000. — С. 36.
6. Wolf K., Winstok A. *Practical Guidelines For Narcology Clinics in the Russian Federation.* - December 2000 - March 2001. - 59 p.

В связи с этим, актуальной потребностью является разработка профессиональных стандартов социальной реабилитации, которым будут следовать государственные и негосударственные реабилитационные структуры, оказывающие помощь наркозависимым. А также особое внимание необходимо уделить подготовке кадров, как профессионалов, так и парапрофессионалов из числа бывших пациентов, работающих в области социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

КЛИНИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРАШ-СИНДРОМА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У НАРКОЗАВИСИМОГО БОЛЬНОГО

Д. К. Айтбаев, С. В. Сыздыков, И. А. Арабок, Р. Л. Жалтыров,
Д. А. Жакупова, К. Б. Кожанов, Д. Д. Айтбаева, Н. К. Мейрханов

Пациент С. 28 лет поступил в Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании 08. 04. 2005 года. При поступлении врачом диагностированы признаки краш - синдрома: отёк левой ноги, чувство онемения левой нижней конечности, редкое мочеотделение. По данным анамнеза данные симптомы появились у пациента после длительного патологического сна на фоне потребления героина и алкоголя. С учетом выявленных симптомов заболевания врачом поставлен диагноз: Синдром позиционного сдавления. При постановке столь грозного диагноза необходимо полное описание соматического статуса, неврологической симптоматики, локального статуса, чего не было сделано. Это привело в дальнейшем к недооценке степени тяжести состояния больного и неадекватной лечебной тактике.

В последующие 2 суток пациент осматривается ещё 3 врачами, но должной оценки, сложившейся клинической ситуации не сделано, что привело к летальному исходу.

Данный случай побуждает к необходимости напомнить основные моменты клиники данного синдрома и лечебной тактики.

Краш-синдром, как показывает вышеприведённый пример, может встречаться у лиц, страдающих наркотической, алкогольной зависимостью. Характеризуется высокой инвалидизацией и летальностью, достигающей 30 - 70%. При передозировке упомянутых веществ, пострадавший длительное время находится в бездвиженном состоянии, что приводит к длительному позиционному сдавлению и, как следствие, к развитию краш-синдрома. Конечность или часть тела, подвергшаяся длительному сдавлению, значительно увеличивается в объёме, резко болезненна. Движения поражённой конечности ограни-

ченны, пульсация артерии не прослеживается. Нарушается чувствительность. Кожа синюшная, мраморная.

В основе развития данной патологии лежит сдавление (раздавливание) тканей: кожи, подкожно-жировой клетчатки, поперечной полосатой мускулатуры, сосудов и нервов. Запускающим механизмом является поступление в кровоток продуктов раздавливания тканей: миоглобина, серотонина, калия, олиго- и полипептидов. Их поступление в кровоток вызывает усугубление травматического шока, связанное с выраженным эндотоксикозом, включающим миоглобинурический нефроз, развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), что в последующем приводит к возникновению синдрома полиорганной недостаточности, а на более поздней стадии (1 – 5 суток) – острой почечной недостаточности (ОПН).

Для лечения пострадавших с данной патологией необходимо доставить их в специализированные клиники или отделения за максимально короткий промежуток времени для оказания узкоспециализированной помощи, включающей сложные оперативные вмешательства, проведение интенсивной терапии, длительной ИВЛ и экстракорпоральных методов лечения.

Заключение:

Лечение краш-синдрома у наркозависимых, как и у любого пострадавшего, должно быть комплексным и иметь преемственность с момента постановки диагноза до госпитализации в специализированное отделение, с применением активных методов детоксикации, не дожидаясь развития тяжёлых форм эндотоксикозов, приводящих к возникновению полиорганной недостаточности и ОПН.

СЛУЧАИ УСПЕШНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НАРКОЗАВИСИМОЙ БОЛЬНОЙ

Д. К. Айтбаев, С. В. Сыздыков, С. Т. Амренова, И. А. Арабок,
Р. Л. Жалтыров, Д. А. Жакупова, К. Б. Кожанов, Н. К. Мейрханов, Д. Д. Айтбаева

Множественные абсцессы мозга, как правило, возникают на фоне септического состояния больно-

го и имеют метастатический генез. Оперативное лечение в большинстве случаев невозможно из-за об-

ширности и топических разнополярных локализаций абсцессов головного мозга. Первичным очагом инфекции могут быть: хронический остеомиелит, хроническая отогенная инфекция, гнойничковые заболевания кожи, мягких тканей и т.д. При запоздалой санации первичного очага и неадекватной терапии происходит генерализация инфекции из первичного очага с возможным гематогенным или лимфогенным метастазированием в головной мозг. Генерализации инфекции способствует иммуносупрессивное состояние больного.

В нашем, приводимом ниже примере все вышеизложенные причины возможности возникновения множественных абсцессов головного мозга имели место:

1. Хронический мезотимпанит, хронический остеомиелит костей голеностопного сустава.
2. Запоздавшая санация первичного очага.
3. Беременность 22 - 23 недели у наркозависимой больной в состоянии вынужденного воздержания, приведшая к иммуносупрессивному состоянию.
4. Неадекватная терапия (самолечение на догоспитальном этапе).

Так, больная Д., 22 лет поступила в ЛОР - отделение областной клинической больницы (ОКБ) им. Г. Султанова 23. 06. 2004 г. с диагнозом: Правосторонний острый отит. Мезотимпанит. Сепсис. Наркозависимая.

При поступлении состояние больной тяжелое, уровень сознания - сопорозное. Со слов сопровождающей, в течение 3-х дней беспокоили боли в правом ухе, с выделением серозного характера. Больная занималась самолечением: закапывала в ухо водку, прикладывала спиртовые компрессы и принимала обезболивающие таблетки.

В анамнезе: в 2002 г. находилась на лечение в ОКБ им. Г. Султанова после автодорожной травмы с множественными переломами нижних конечностей, перелом основания черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени. В течение 20 суток находилась в отделении реанимации. Выписана из стационара на 31 сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение невропатолога и травматолога по месту жительства. В настоящее время состоит на учете у гинеколога по поводу беременности - 22 - 23 недели. Больная осмотрена врачами - специалистами:

- врач ЛОР: выявлено обострение хронического отита справа? Заушная область визуально не изменена, на пальпацию реагирует болевой гримасой, наружный слуховой проход сужен в хрящевом отделе, осмотреть барабанную перепонку не удалось из-за сужения в костном отделе.

- врач окулист: осмотр глазного дна. Заключение: ишемия дисков зрительных нервов и признаки гипертонического синдрома.

28. 06. 2004 г. произведена санирующая операция на среднем ухе справа: гнойно-некротических проявлений не выявлено, отделяемое сукровичное мут-

ное, взяты посевы микрофлоры из операционной раны. Несмотря на проведенное оперативное вмешательство и проводимую интенсивную терапию, состояние больной прогрессивно ухудшалось. Сознание - кома II, положительные менингеальные знаки. Больная переведена на искусственную вентиляцию легких.

29. 06. 2004 г. проведен консилиум в составе заместителя главного врача ОКБ, заведующего отделением реанимации, заведующего ЛОР - отделением, заведующего травматологическим отделением, заведующего гинекологическим отделением, заведующего неврологическим отделением. На основании клиники и имеющихся лабораторно-инструментальных исследований (данные будут приведены ниже), определен предварительный диагноз: сепсис, абсцесс головного мозга, менингоэнцефалит, обострение хронического мезотимпанита, обострение хронического остеомиелита костей голеностопного сустава слева, беременность 22 - 23 недели, наркозависимая.

Рекомендовано:

1. КТ головного мозга.
2. Консультация нейрохирурга.

На КТ головного мозга от 29.06.04 г. выявлены множественные абсцессы головного мозга размерами от просяного зернышка до горошка, локализующиеся в базальных структурах мозга в количестве 5 образований.

Консультация нейрохирурга: рекомендовано - продолжить массивную антибактериальную терапию. Предварительный диагноз подтвержден и уточнен в соответствии с данными КТ из абсцесса мозга в множественные абсцессы головного мозга.

Решено:

1. От оперативного вмешательства воздержаться в виду множества и различной глубины локализации абсцессов. Провести массивную антибактериальную терапию. Продолжить посиндромную терапию.

30. 06. 2004 г. произошел самопроизвольный выкидыш мертвым плодом; в последующем осложнений со стороны гениталий не было. Для достижения максимального антибактериального эффекта антибиотик максипин по 1 г вводился в общую сонную артерию и субарахноидально цифтриаксон по 100 мг. Дополнительно: внутривенно уназин по 750 мг - 2 раза в сутки, метрагил по 100 мл - 2 раза в сутки. Заместительная иммунотерапия пентаглобином и иммуностимулирующая терапия УФО аутокрови. Посиндромная терапия включала:

1. Инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно - электролитных нарушений.

2. Дезинтоксикацию - сеансы дескретного плазмофереза с направленным транспортом антибиотика максипина в суточной дозе.

3. Неотропы, гепатопротекторы, сердечно-сосудистые средства, метаболики, антиоксиданты.

4. ГБО.

5. Адекватная санация трахеобронхиального дерева, первые три дня через интубационную трубку, в последующем через трахеостому.

6. Интенсивный уход в целях профилактики пролежней и опрелостей.

На фоне проводимой терапии, состояние больной постепенно улучшалось, синхронно улучшались и лабораторные данные. На 7 сутки появились четкие признаки сознания. Больная стала выполнять элементарные команды. Стала регрессировать очаговая неврологическая симптоматика. На 9 сутки нормализовалась температура тела. Уровень сознания - легкая оглушенность. На 10 сутки смена антибактериальных препаратов: назначен таваник по 500 мг внутривенно - 3 раза в сутки и диоксидин 0,5% по 10 мл - 4 раза в сутки. На 14 день больная переведена в профильное отделение. Состояние относительно удовлетворительное, сознание адекватное, самостоятельно кушает, пьет. Стул и диурез нормализовались.

Динамика лабораторных данных: в первые дни госпитализации анемия легкой степени токсического генеза, Нв - 110 г/л, Эр.- $3,2 \cdot 10^{12}/л$, значительный лейкоцитоз до 20000 с резким сдвигом влево до токсической зернистости нейтрофилов. При переводе в профильное отделение в анализе крови от 13.07.2004 г. Нв - 115 г/л, Эр. - $3,3 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,9 \cdot 10^9/л$, гематокрит - 31,7, тромбоцитов - 200000, палочкоядерных - 6%, сегментоядерных - 80%, моноцитов - 3%, лимфоцитов - 11%, СОЭ - 44 мм в час. Биохимические анализы сохранялись без существенных отклонений от нормальных показателей.

Литература:

1. Виленский Б. С. Неотложные состояния в неврологии. – Ленинград: Медицина, 1986.
2. Попов В. Черепно-мозговая травма. – Москва, 1988.
3. Белобородов В. Б., Левзин Ю. В. Инфекции центральной нервной системы // Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии (под ред. Стручкова Л.С.). – Москва, 2002.
4. Белобородов В. Б., Александрова И. А. Инфекции центральной нервной системы // Рациональная антимикробная фармакотерапия. (под ред. Яковлева В. П.). – Москва, 2003.

Спиналмозговая жидкость при поступлении: цвет: белесовато-мутный, белок - 0,297 г/л, лейкоциты в большом количестве, цитоз - подсчет не возможен, реакция Панди: ++, реакция Апелта: +. К моменту перевода в профильное отделение ликвор полностью санировался.

21. 07. 2004 г. выписана в удовлетворительном состоянии для дальнейшего наблюдения по месту жительства. Осмотрена через 2 года - состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

Данный случай успешной терапии больной с множественными абсцессами головного мозга и гнойного менингоэнцефалита подтверждает возможность консервативной терапии этой сложной патологии при следующих условиях:

1. Введение антибиотиков через общую сонную артерию, как наиболее близкой к очагу поражения.
2. Субарахноидальное введение антибиотиков.
3. Высокая чувствительность патогенной флоры к антибактериальным препаратам.
4. Адекватной иммунозаместительной терапии (пентаглабином).
5. Комплексная посиндромная терапия.

Возможность гнойно-септических осложнений у наркозависимых весьма высока из-за вторичного иммунодефицитного состояния и наличия у них частую гнойничковых заболеваний кожи и мягких тканей в местах инъекций наркотиков. Данный пример подтверждает необходимость комплексного обследования наркозависимых пациентов с должной последующей интерпретацией клиники и лабораторно-инструментальных исследований.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОКАИНА

Т. О. Винокурова, А. С. Ракишева

Важнейшим свойством кокаина, как и любого другого психоактивного вещества (ПАВ) с аддиктивным потенциалом, является способность вызывать эйфорию. Кокаин вызывает эйфорию посредством стимуляции nucleus ac-cumbens. В экспериментах показано, что возникающее при этом патологическое влечение к кокаину превосходит по силе влечение к пище и воде. Экспериментальные животные в

опытах по самовведению кокаина часто теряют контроль над дозой препарата и продолжают употреблять его, пока не умрут от передозировки.

Благодаря способности блокировать обратный захват норадреналина, кокаин является мощным активатором симпатической нервной системы. При употреблении кокаина возбуждение симпатической нервной системы обнаруживает себя целым рядом

признаков: периферической вазоконстрикцией и, как следствие, повышением артериального давления, тахикардией, повышением сократимости миокарда, тахипноэ, мидриазом, гипергликемией, повышением основного метаболизма с гипертермией, усилением потоотделения, стимуляцией мозговой деятельности, находящей отражение в электроэнцефалограмме, задержкой мочеиспускания и запорами, снижением чувства голода.

Кокаин блокирует передачу нервных импульсов в периферических нервных волокнах, препятствуя необходимому обратимому повышению проницаемости клеточной мембраны для ионов натрия. Аппликация кокаина приводит к местной анестезии, которая достигает пика в течение 2 - 5 минут и продолжается 30 - 45 минут. Способность кокаина вызывать вазоконстрикцию за счет активации адренергической системы использовалась при хирургических операциях (отоларингологических), при которых особенно важно уменьшение кровотечения и отека слизистых оболочек для, улучшения визуального контроля хирургического поля.

Кокаин явился основоположником целой группы местных анестетиков, не имеющих в то же время его побочных эффектов. Однако эти препараты необходимо вводить вместе с норадреналином для получения вазоконстрикции (например, лидокаин). Сам кокаин в настоящее время редко используется для местной анестезии

Главным методом объективного исследования, способным подтвердить факт употребления кокаина, является токсикологическое исследование мочи с определением наличия и концентрации основного метаболита кокаина-бензоилэгонина. Бензоилэгонин обнаруживается на протяжении 5 - 7 дней после приема кокаина.

Анализ мочи на содержание самого кокаина имеет весьма ограниченное диагностическое значение, так как концентрация кокаина в моче слишком мала. В связи с этим кокаин может быть обнаружен в моче обычными методами лишь в течение нескольких часов с момента последнего употребления. Специальные, особо чувствительные методы позволяют обнаружить кокаин в моче вплоть до 36 часов с момента последнего употребления, но эти методы слишком сложны и дороги для того, чтобы использовать их в рутинной клинической практике.

Клиника отравления кокаином определяется симптомами перевозбуждения симпатической нервной системы. Наблюдаются: психо - моторное возбуждение, тахикардия, артериальная гипертензия; потливость, тахипноэ, эпилептические припадки, гипертермия. При выраженном возбуждении, тревоге и в психотических состояниях назначают бензодиазепины (мидазолам, лозепам, диазепам). При кокаиновом отравлении осложнении они обычно не дают. Бензодиазепины показаны и при судорогах (диазепам). Иногда бензодиазепины позволяют также снизить

артериальное давление и частоту сердечных сокращений. Если купировать судороги бензодиазепинами не удастся, то назначают короткодействующие барбитураты (амобарбитал) с миорелаксантами для достижения нервно-мышечного паралича (необходима интубация трахеи и искусственная вентиляция легких).

Если нормализовать артериальное давление с помощью бензодиазепинов не удастся, то применяют нитропруссид натрия. Бета-адреноблокаторы противопоказаны, так как на их фоне преобладает активность альфа - адренорецепторов, что усугубляет артериальную гипертензию.

При загрудинных болях для уменьшения ишемии миокарда следует использовать нитропрепараты и (или) блокаторы кальциевых каналов.

При гипертермии применяют обтирания ледяной водой, холодные ванны, охлаждающие обертывания, и обдувание холодным воздухом. Необходимо мониторингирование температуры тела и купирование любых судорог (миорелаксанты или седативная терапия, если необходимо).

Нарушения ритма сердца, ишемию и инфаркт миокарда лечат по стандартной схеме, предварительно устранив возбуждение. При угрозе разрыва принятых внутрь пакетов с кокаином (практикуемый наркокурьерами способ перевозки) показаны активированный уголь, несильные слабительные средства, а в экстренных случаях - и хирургическое вмешательство.

Развитие зависимости от кокаина протекает стремительно. Обычно выраженное влечение к наркотику возникает на протяжении первых 2 - 3 недель нерегулярного приема внутрь. При курении крэка или при внутривенном введении для формирования психической зависимости может хватить нескольких сеансов употребления наркотика. Тем не менее, в отдельных случаях период формирования Психической зависимости может растянуться на годы.

В первой стадии болезни влечение к кокаину уже вполне сформировано и весьма интенсивно. Синдром измененной реактивности в первой фазе представлен быстро растущей толерантностью. Отличительной чертой злоупотребления психостимуляторами является то, что растут не разовые, а суточные дозы, за счет дальнейшего учащения приема наркотика. Движущей силой этого процесса является сокращение времени действия каждой введенной порции кокаина.

Со временем трансформируется клиника опьянения. Первыми слабеют и исчезают симпатомиметические эффекты четвертой фазы опьянения. Исчезает и бывшая при первых приемах психофизическая слабость на выходе из интоксикации; больные теперь чувствуют себя достаточно бодро, хотя сон и аппетит не восстанавливаются. Вслед за изменением четвертой фазы опьянения и состояния на выходе из интоксикации начинается трансформация

первых трех фаз опьянения. Представленные в них ощущения теряют первоначальную интенсивность, «выцветают». Отсутствие наркотика вызывает психический дискомфорт, неудовлетворенность. Нет возможности на чем-либо сосредоточиться, продуктивная работа невозможна, все мысли заняты наркотиком.

Уже в первой стадии болезни формируется «псевдозапойный», циклический стиль употребления кокаина. Во время кутежей больные кокаином почти автоматически принимают препарат каждые 10 - 30 минут; этот процесс часто ускоряется при легкой доступности наркотика и использовании интенсивных методов введения (внутривенное введение, курение крэка). Ощущения сильной эйфории в состоянии опьянения контрастируют с дисфорией в период после кутежа, вызывая страстное желание получить следующую дозу.

После того, как состояние кокаиновой опьянения достигает своего наивысшего уровня, начинается фаза физического и психического расслабления - «реакция». Кокаинист начинает чувствовать необыкновенную усталость и безволие при полном отсутствии потребности во сне. Он кажется себе как будто пораженным параличом, будто «заживо погребенным». Отсутствие, каких бы то ни было стремлений, ведет к полной неподвижности — человеку трудно даже бросить потухшую папиросу. Очень часто он не может собраться с силами, чтобы пойти домой и всю ночь сидит с тупым видом на том месте, где употреблял кокаин. Настроение его в этом периоде то выражается в самобичевании, обещаниях навсегда отказаться от кокаина, то сводится к полной душевной пустоте, иногда же выливается в форму тяжелого угнетения и тоски, которые, особенно если кокаинист почему-либо не может вернуться домой, чтобы лечь в постель, могут довести его до самоубийства. Нужно много времени, чтобы эти страдания кокаиниста закончились, и он нашел забвение в тяжелом сне. Проспавшись, он обыкновенно освежается и к вечеру следующего дня снова готов прибегнуть к привычному для него средству.

Кокаинисты, в среднем, имеют от одного до семи таких «погружений» в неделю, каждое из которых длится от 4 до 24 часов, и все их мысли сконцентрированы на кокаине. Удовольствия, радости, не связанные с опьянением, утрачивают субъективную ценность. Длительность первой стадии: 1 - 1,5 месяца.

Суточная толерантность во второй стадии заболевания достигает очень высокого уровня. Дозы кокаина возрастают до 3 таблеток в сутки. Рост переносимости проявляется, главным образом, в дальнейшем сокращении последствий; разовой дозы. Это позволяет еще больше учащать инъекции. Описаны случаи введения кокаина каждые 10 минут. Ни при одной форме наркомании не обнаруживается такого количества следов инъекций, подобно сыпи, как

при наркомании стимуляторами. Подъем толерантности проявляется также в удлинении периода наркотизации и сокращении светлого промежутка. Таким образом, цикл наркотизации представлен 5 - 10-дневным непрерывным злоупотреблением и 2 - 3 днями «отдыха» и сна.

Происходит дальнейшее изменение и характера опьянения. Этот симптом проявляется сокращением длительности эйфории и дальнейшим ослаблением яркости переживаний. Разговорчивость, жажда многосторонней деятельности, наблюдавшиеся в первой стадии, сменяются Целенаправленной деятельностью, каким-либо одним занятием (рисование, писание стихов, уборка квартиры). Четвертая фаза опьянения уже не несет черты того психофизического опустошения, что было в первой стадии. Теперь все чаще преобладают черты дисфории.

При сроках злоупотребления более года больные отмечают повышенную «хрупкость» эйфории - она легко исчезает от внешних воздействий (обращение к больному с просьбой, постоянным разговором). При сроках злоупотребления более двух лет отмечается наличие возможностей долгое время заниматься одним делом в состоянии опьянения, трудность переключения на новое занятие, Раздражительность, грубость и злобность с течением времени проявляют себя и в опьянении, которое теряет свои привлекательные черты и сводится к нормализации самочувствия.

Цикличность потребления кокаина стабилизируется. Как правило, каждый больной знает характерную продолжительность своего «запоя».

Поскольку темп развития заболевания очень велик, интервал между компульсивным влечением и синдромом отмены не всегда можно определить. С появлением компульсивного влечения тут же появляются и первые признаки синдрома отмены. Влечение к кокаину во второй стадии императивно, неуправляемо. Больные напряжены, злобны, двигательны высокоактивны. Выражена симпатикотония: бледность, мидриаз, сухость слизистых оболочек, тремор, высокая рефлекторная возбудимость, сосудистая и мышечная гипертензия, тахикардия, отсутствие сна и аппетита, при попытках поесть — тошнота и рвота.

Синдром отмены развивается из усложнения картины компульсивного влечения. В третьей стадии развития болезни цикличность употребления кокаина сохраняется, но циклы укорачиваются, и количество потребляемого наркотика сокращается. Показатели приближаются к тому, что было у больного в первой стадии заболевания.

При этом действие наркотика вновь изменяется. В опьянении теперь крайне слабы какие-либо соматические ощущения. Психическое возбуждение незначительно, так же как и двигательное. Подъем настроения непостоянен, иногда инъекция вызывает раздражительную злобность или тревогу, опасливое напряжение. Но необходимость наркотизации дикту-

ется потребностью «собраться», «ожить», «начать двигаться», а также грозившим синдромом отмены. В опьянении наркомана третьей стадии рельефно проявляется наступившая к этому времени деградация. Речь становится вязкой, медленной, с персеверацией, лишенной какой-либо продуктивности. Столь же непродуктивна и моторная деятельность.

Прекращается прием наркотика из-за психической и физической невозможности дальнейшей интоксикации - вместо эйфории начинают появляться взбудораженность, пугливость, страхи. Появляется паранойальная настроенность: больным кажется, что за ними придет милиция, что их преследуют, за ними следят, они слышат шум, звуки крадущихся шагов. Зрительных обманов восприятия не бывает. Прилива сил в интоксикации уже нет - нарастает физическая усталость, вялость, апатия, стойкая бессонница. Для снятия этого состояния больные принимают седативные или снотворные средства за тем, чтобы быстрее заснуть. Без седативных средств сон не наступает, но и после пробуждения состояние не улучшается.

Спустя 12 - 20 часов постинтоксикационные явления убывают и нарастают симптомы отмены. Появляется головная боль, чувство разбитости в мышцах, в теле, возникают отдельные фибриллярные подергивания мышц лица, туловища. Характерен неустойчивый эмоциональный фон с меняющимся многократно в течение дня настроением от повышенного, гипоманиакального состояния с многоречивостью и подвижностью до раздражительного, мрачного, гневливого настроения со злобным застойным аффектом, подозрительностью и недовольством всеми окружающими, близкими. Сонливость сменяется бессонницей, расстройством засыпания. Аппетит повышается. Периодически больные жалуются на безотчетную тревогу, внутреннее напряжение, в ряде случаев может быть гиперестезия - непереносимость громких звуков и яркого света. На 2 - 4 день воздержания от употребления наркотика резко усиливается компульсивное влечение к кокаину, сопровождающееся раздражительностью, вспыльчивостью, злобностью, на любое обращение больной отвечает грубостью, все окружающее вызывает отвращение, фон настроения значительно снижен. Еще через 2 - 3 дня на первый план выходят апатия, вялость, сниженное настроение. Больные отмечают, что жизнь представляется им потерянной, ничто не радует, окружающее кажется бессмысленным и неинтересным. Отмечается резкая физическая слабость. Через 7 - 10 дней состояние больных улучшается, но еще на протяжении 2 - 3 недель сохраняются вялость, сниженный фон настроения, быстрая утомляемость, невозможность активной концентрации внимания, раздражительность. Для облегчения состояния отмены больные начинают принимать седативные и снотворные средства, что часто становится первым шагом на пути смены типа наркотизма.

Целый ряд признаков проявляется лишь при интенсивном и постоянном употреблении кокаина. К ним относятся: перфорация носовой перегородки, кокаиновые следы на коже, крэковый кератит, «крэковый палец», «крэковая рука» и характерные эрозии зубов.

Перфорация носовой перегородки впервые описана в 1900-х годах, когда вдыхание кокаина стало популярным. Она является следствием нарушения трофики тканей носовой перегородки из-за сосудосуживающего эффекта кокаина. Закапывание в нос капель, содержащих любые сосудосуживающие агенты, может привести к сходным результатам.

Кокаиновые следы - это характерные оранжево-розовые кровоподтеки, которые появляются в месте последней Инъекции, иногда с обозначенной центральной зоной вокруг укола: Со временем эти повреждения становятся желтыми и голубыми, иногда заживают без рубца. Медленно заживающие кожные язвы имеют красное или серое дно и бледные края.

Крэковый кератит возникает, как следует из названия, при курении крэка. Крэк анестезирует роговицу курильщиков. Снижение чувствительности снимает защитное действие боли и роговица легко и безболезненно повреждается при любых неосторожных воздействиях на нее, например, вследствие избыточно сильного давления при утировании глаз. В дальнейшем место повреждения инфицируется, развивается кератит и изъязвление.

«Крэковый палец» (он же «палец курильщика») отличается наличием характерной мозоли, которая возникает из-за многократных контактов большого пальца с колесиком зажигалки. «Крэковая рука» — характеризуется почернением, гиперкератозом и ожоговыми повреждениями на внутренней стороне ладоней из-за постоянного обращения с горячими трубками для курения крэка. Эрозии зубов развиваются из-за того, что при пероральном или интраназальном употреблении кокаина на зубы воздействует кислота, которая повреждает зубную эмаль. Также в местах аппликации кокаина возникают язвы на деснах. Механизм происхождения язв такой же, как и перфорации носовой перегородки - нарушение трофики из-за вызванных кокаином повторяющихся спазмов сосудов.

Отсутствие внешних признаков приема кокаина не имеет большого значения для диагностики, но их наличие является безусловным подтверждением хронического употребления данного наркотического вещества.

Лечение состояния зависимости от кокаина включает две основные фазы: фазу инициации воздержания и фазу предотвращения рецидивов. Перед началом лечения больного следует убедить в его необходимости. Сами больные с зависимостью от кокаина, несмотря на то, что злоупотребление создает серьезные проблемы в их жизни, редко обращаются за

медицинской помощью, так как считают, что от кокаиновой зависимости избавиться невозможно.

Основные принципы лечения больных с синдромом зависимости от кокаина

1. Прекращение приема кокаина производить одномоментно, а не постепенно - проявления синдрома отмены кокаина с медицинской точки зрения не опасны.
2. Злоупотребление всеми другими наркотическими препаратами, включая марихуану и алкоголь, также должно быть прекращено для предотвращения всякой возможности развития рецидива.
3. Пациенту необходимо изменить стиль жизни, чтобы исключить попадание в ситуации, провоцирующие употребление кокаина.
4. Должны быть рассмотрены и другие варианты персонального стимулирования и прекращения употребления кокаина. Очень важны при этом положительные эмоции.
5. Следует избегать ситуаций, ассоциирующихся с приемом наркотика, таких как, встречи со старыми знакомыми, посещение мест, где принимался наркотик, контактов с распространителями наркотиков и т. п.

Приступая к лечению больного с зависимостью от кокаина, врачу, прежде всего, необходимо решить, как лучше проводить лечение такого пациента: стационарно или амбулаторно. Несмотря на то, что амбулаторное лечение, вероятно, предпочтительнее для пациентов, при следующих обстоятельствах больного необходимо госпитализировать:

- 1) интенсивное и неконтролируемое употребление кокаина, особенно внутривенным путем введения или путем курения крэка;
- 2) одновременное злоупотребление несколькими психоактивными веществами (алкоголем, седативными средствами, опиоидами), требующее детоксикации;
- 3) наличие у пациента серьезных соматических или психических заболеваний (системные инфекции, заболевания сердца, психотические расстройства, суицидальные попытки);
- 4) тяжелые психосоциальные нарушения, социальные проблемы или отсутствие помощи и поддержки со стороны членов семьи;
- 5) принудительное лечение по решению суда;
- 6) повторный прием наркотика во время амбулаторного лечения;
- 7) легкий доступ к большому количеству наркотика;
- 8) угроза причинения вреда себе и окружающим.

Стационарное лечение обычно проводится в специализированных отделениях. Больница для пациента является «безопасным убежищем» от кокаина и от всего, что с ним связано. В начале лечения, когда

пациенты воздерживаются от приема наркотического препарата, для них организуются группы поддержки (очень важно, чтобы в них входили члены семьи пациента). Во время стационарного лечения, когда пациенты не принимают наркотиков, интенсивно проводится их медицинское, психиатрическое и неврологическое обследование. Это позволяет облегчить постановку диагноза и лечение сопутствующих заболеваний таких, как депрессия, тревожность и бессонница, которые трудно дифференцировать от симптомов синдрома отмены кокаина. Постоянное наблюдение за пациентом в больнице позволяет выявить у него изменения в поведении или моменты усиления тяги к кокаину и провести затем направленное лечение.

Альтернативой госпитализации для пациента являются терапевтические сообщества. Ими используются программы лечения, которые включают нетрадиционные методы реабилитации наркоманов, особенно тех, кто имел опыт неудачного лечения. Такое сообщество позволяет его члену проявить себя как человека честного, ответственного, отказавшегося от применения наркотиков. Несмотря на то, что для некоторых пациентов эти методы эффективны, многие не выдерживают и отказываются от столь длительного, психологически трудного лечения. Поэтому лечиться в терапевтических сообществах обычно не рекомендуют больным, впервые обратившимся за медицинской помощью.

Наибольшая вероятность возникновения рецидива у кокаинистов наблюдается сразу же после выписки из больницы. В этой связи им предлагается пожить в гостиницах, расположенных недалеко от больницы, пока они не приспособятся к новому образу жизни.

Устранение предпосылок к употреблению кокаина - тип поведенческой терапии, которая имеет целью ослабление условно-рефлекторных реакций наркоманов на связанные с употреблением кокаина стимулы. За счет повторного воздействия стимулов, имеющих отношение к наркотикам (например, принадлежности для применения наркотиков, посещение мест покупки наркотиков, общение с друзьями-кокаинистами), но при реальном отсутствии употребления кокаина сила ассоциации между этими стимулами и действительным применением кокаина ослабляется.

В случае согласия проведения терапии, основанной на изменении условно-рефлекторных реакций, пациенты соглашаются и на мониторинг мочи в течение установленного периода. При этом у пациента могут возникнуть различного рода неприятности, если в анализе мочи обнаружится кокаин или если моча для анализа не будет предоставлена тогда, когда этого потребуют. Например, пациент вынужден будет письменно подтвердить факт употребления им наркотика; это письменное признание терапевт может переслать работодателю паци-

ента или лицензионной организации. Данный метод лечения (метод «негативного договора») не популярен среди пациентов-наркоманов и предпочтителен лишь для тех, кому «еще есть что терять», например, для медицинских работников, которые, злоупотребляя наркотическими веществами, рискуют лишиться врачебной лицензии. Недостатком этого метода лечения является то, что пациенты часто возобновляют прием кокаина по истечении срока контракта.

Наряду с негативным договором может быть заключен и позитивный контракт, по которому, например, при каждой не содержащей кокаин пробе мочи врач возвращает часть денег, которые были взяты у пациента в начале лечения. Заключение контрактов, которые содержат положения подобного рода «вознаграждений» и «наказаний», может быть более привлекательным для пациента.

Ведущей терапевтической проблемой кокаиновой зависимости является подавление влечения к приему наркотика. Поскольку кокаин подавляет обратный нейрональный захват (reuptake) норадреналина (в меньшей степени - серотонина и дофамина), патогенетически оправданным в лечении кокаинизма является применение антидепрессантов с выраженной норадренергической активностью, например, дезипрамина. Установлено, что применение дезипрамина может значительно уменьшить страсти к кокаину и выраженную сонливость, связанную с синдромом отмены кокаина. Но действие препарата проявляется лишь через 2 - 3 недели после начала его приема, что ограничивает его эффективность, особенно если этот период совпадает со временем, когда пациенты имеют наивысшую вероятность рецидива приема кокаина.

Кроме дезипрамина, используют также мапротилин, имипрамин, кломипрамин и амитриптилин. Однако следует отметить, что данные об эффективности указанных препаратов при зависимости от кокаина носят противоречивый характер.

Существуют сведения, что потребность в кокаине может снижаться под действием ингибиторов обратного захвата серотонина, в частности - флуоксетина и ципрамила.

В некоторых странах для лечения кокаинизма используют опиоидный агонист - антагонист бупренорфин, однако, оправданность данного подхода имеет еще более спорный характер, чем метадоновые программы в терапии опиоидной зависимости.

Такие агонисты дофамина, как бромокриптин и амантидин, могут снизить влечение к приему кокаина у зависимых от него пациентов. Однако побочные эффекты бромокриптина (тошнота, головные боли, головокружение, седативное действие и возникновение галлюцинаций) снижают полезные свойства данного лекарственного препарата.

Вероятно, наиболее перспективным лекарственным средством для лечения зависимости от кокаина

является амантидин, поскольку этот препарат имеет минимум побочных эффектов.

В течение синдрома отмены кокаина выделяют три фазы. Первая фаза синдрома отмены кокаина продолжается в течение 3 - 4 дней после отмены кокаина. В начале первой фазы синдрома отмены наблюдаются: психомоторное возбуждение на фоне подавленного настроения с резко выраженной раздражительностью. Влечение к наркотику носит компульсивный характер, все прочие влечения угнетены, в частности, наблюдается анорексия. Затем в течение течения первой фазы синдрома отмены кокаина наступает период адинамической депрессии с глубокой астенией, апатико-абулическими явлениями и сильным желанием спать при полной невозможности уснуть. Влечение к кокаину несколько ослабевает и параллельно с этим появляется аппетит. На выходе из первой фазы синдрома отмены кокаина наблюдается компенсаторная гиперсомния на фоне углубляющихся явлений апатикоабулии. Влечение к кокаину также практически отсутствует. Это отсутствие влечения к кокаину, вероятно, объясняется глубоким истощением пациента вследствие перенапряжения адаптационных механизмов на этапе перехода от наркотизации к воздержанию.

Вторая фаза синдрома отмены кокаина наступает в конце первой — начале второй недели с момента прекращения приема наркотика. Период адинамии, апатии и гиперсомнии, видимо, имеющей охранительное значение, сменяется новым приступом тревожной депрессии с раздражительностью и агитацией на фоне резкого обострения влечения к кокаину. На этом этапе воспоминания о кокаиновой эйфории часто приводят к рецидиву наркотизации. Постепенно тревога ослабевает, хотя фон настроения остается пониженным. Наблюдается выраженная ангедония - утрата способности получать удовольствие от жизни, наслаждаться ею. Длительность второй фазы синдрома отмены кокаина может достигать 2 месяцев. Третья фаза синдрома отмены кокаина, по сути, является состоянием «неустойчивого равновесия», возникающим при переходе от наркотизации к трезвости при любой форме зависимости от ПАВ. Оно характеризуется относительно ровным поведением больного, несколько сниженным настроением и практически нормальным сном. Однако условные раздражители по-прежнему провоцируют обострение влечения к кокаину. Длительность этого состояния может составлять несколько месяцев или даже лет.

В связи с тем, что при кокаиновой зависимости синдром отмены обычно имеет относительно мягкие клинические проявления (депрессивные симптомы, дисфория, утомляемость, вялость, гиперсомния и дневная сонливость, брадикардия), специальная терапия проводится редко. В этом состоит одно из главных отличий терапии кокаиновой наркомании от лечения алкоголизма и опиоидной зависимости.

Однако в тяжелых случаях не следует пренебрегать средствами, способными снижать интенсивность влечения к наркотику. Есть данные, что антагонист дофамина - бромкриптин - может эффективно купировать влечение к кокаину, а также дисфорию и склонность к развитию судорог во время синдрома отмены. Аминокислота тирозин и антидепрессанты (дезипрамин, нортрипталин, флуоксетин) также могут снижать выраженность синдрома отмены кокаина.

После повторного длительного применения кокаина у многих пациентов развивается состояние подавленного настроения с тревогой. Подобные состояния развиваются при употреблении и других стимуляторов ЦНС, таких, как амфетамины, метилфенидат и им подобных средств. Некоторые пациенты, принимающие кокаин длительно, одновременно используют депрессанты ЦНС, такие как барбитураты, бензодиазепины, опиаты, алкоголь. Это делается для смягчения дисфории и притупления тревоги. Синдром отмены кокаина неизменно характеризуется депрессией.

Расстройства психотического регистра, возникающие вследствие употребления кокаина, обычно представлены бредом преследования и галлюцинациями. Развитию психоза обычно предшествует очередной «цикл» злоупотребления кокаином. В предпсихотическом периоде, который может составлять 3 - 5 суток, наблюдается необычное, не свойственное данному человеку любопытство в сочетании с настороженностью и подозрительностью. На данном этапе может доминировать положительный фон настроения, но чаще больные пребывают в состоянии дисфории. Затем к подозрительности присоединяется тревожность, формируется паранойяльная настроенность, способная побудить больного к действиям, опасным для окружающих и для него самого.

Галлюцинации кокаинистов не щадят ни одного органа чувств. В этой фазе больные слышат голоса, произносящие ругательства, неприличные выражения, угрозы, причем, иногда доходят до оживленного разговора с ними. Из зрительных галлюцинаций для кокаинистов характерны видения многочисленных мелких предметов, особенно часто появляющиеся на белых поверхностях, например, на простыне, где иногда им кажутся движущиеся черные точки, жуки, мухи, пчелы и т. д. Иногда в качестве галлюцинаторных образов выступают собаки или лошади, которые, тем не менее, представляются поразительно маленькими. Нередки также видения нормальной

величины, обычно устрашающего характера, например, мертвые головы, висящие на деревьях, чудовища, постепенно приближающиеся и вдруг исчезающие, и т. д. Особенностью кокаинистов являются своеобразные галлюцинации осязания: они ищут под кожей разные чуждые тела, червей, ползающих насекомых, особенно вшей, кристаллы кокаина и т. д. Эти ощущения бывают настолько сильными и ответственными, что больные расцарапывают себе кожу иглами или другими острыми предметами, чтобы достать оттуда инородные тела. Все эти разнородные галлюцинации легко объединяются между собой и дают основание бреду, который, в связи с господствующим страхом, носит обычно характер бреда преследования.

С заряженным револьвером: кокаинист часами может сидеть в ожидании, в ужасе подсакивая при каждом шорохе. Он уверен, что за ним вот-вот придут, арестуют и повезут на расстрел. Выскочив на улицу, он бросается бежать. Весь в холодном поту, с лицом, выражающим бесконечный ужас, кокаинист самому себе представляется окончательно загнанным, погибшим, жертвой составленного против него заговора. Однако неопределенная мысль, скорее только чувство, что все эти переживания не настоящие, что это только результат «занюханности», никогда не оставляет кокаиниста полностью. Достаточно опытный кокаинист иногда уже заранее с чувством замиранья сердца ожидает наступления хорошо ему известного галлюцинаторно-бредового состояния, и когда оно приходит, то и на высоте его он не утрачивает полного сознания того, где находится и что делает. Необходимо отметить, что так называемые маньяновские галлюцинации ранее считались специфичными для кокаиновых психозов. В настоящее время этот феномен называется паразитарным бредом, а бредовая трактовка проприоцептивных и зрительных восприятий полагается неспецифичной, поскольку встречается в клинике старческих психозов, поздней шизофрении и т. п. Паразитарный бред — это проявление психоорганического синдрома.

Считается, что психотические расстройства в клинике зависимости от кокаина обусловлены индуцированным кокаином повышением уровня активности дофаминергической системы.

Употребление кокаина может утяжелять течение сопутствующих психических и поведенческих расстройств, в частности, психопатий и разнообразных расстройств влечений.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ) ЗАВИСИМОСТЬЮ

С. Д. Жаныбеков, С. Д. Сулейменова, Ж. Д. Брыжахина,
Л. Ж. Елеусизова, Е. К. Шаймарданов, К. Т. Кусаинов

Актуальность проблемы: Насущность проблемы, несомненно, очевидна. Подтверждением являются законодательные акты, изданные в нашей стране и за рубежом и направленные на искоренение этого зла.

Неуклонно возрастающая распространенность наркоманических заболеваний заставляет обратить на это свое внимание не только медицинских специалистов, но и политиков, деятелей искусства, людей различных специальностей.

Настоящее исследование имело следующие направления: изучение распространенности опийной (героиновой) наркомании, влияние медико-биологических, социальных факторов на формирование зависимости к опиатам.

Материалы и методы: Клиническим материалом послужили данные обследования 93 человек с опийной зависимостью, находившихся на стационарном

лечении в наркологическом диспансере г. Семипалатинск.

В ходе исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический методы.

Результаты исследования: В настоящем исследовании нас интересовали особенности клинического аспекта опийной (героиновой) зависимости.

При исследовании формирования психической зависимости выяснилось, что неудержимая тяга к наркотикам была в 93 случаях (100%), стремление к психическому комфорту в опьянении в 93 случаях (100%), навязчивые мысли о наркотике в 93 случаях (100%), повышение настроения в предвкушении приема – в 93 случаях (100%), подавленность, неудовлетворенность в отсутствии наркотика – в 93 случаях (см. таблицу №1).

Таблица № 1

Формирование психической зависимости

№ п/п	Параметры	Абсолютное число	%
1.	Неудержимая тяга к наркотикам.	93	100
2.	Стремление к психическому комфорту в опьянении.	93	100
3.	Навязчивые мысли о наркотике.	93	100
4.	Повышение настроения в предвкушении приема наркотика.	93	100
5.	Подавленность, неудовлетворенность в отсутствии наркотика.	93	100

При изучении формы защитных реакций организма обследуемых отмечались такие симптомы как рвотный рефлекс, инициальный зуд профузный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах, чувство тошноты (см. таблицу №2).

Таблица № 2

Формы защитных реакций организма обследуемых

№ п/п	Параметры	Абсолютное число	%
1.	Рвотный рефлекс	61	65,6
2.	Инициальный зуд	85	91,4
3.	Профузный пот	43	46,2
4.	Икота	3	3,2
5.	Слюнотечение	9	9,7
6.	Резь в глазах	7	7,5
7.	Чувство тошноты	53	57

Как известно, первыми признаками появления толерантности к действиям психоактивных веществ (ПАВ) являются уменьшение субъективного переживания воздействия наркотика на психофизический

статус человека. Наше клиническое исследование по установлению роста толерантности выявило, что толерантность к воздействию ПАВ развивается, в целом, стремительно (см. таблицу №3).

Толерантность, динамика изменения толерантности

№	Параметры	Вес в граммах
1.	Начальная доза ПАВ	0,1 - 0,2
2.	Максимальная доза ПАВ	1,0

Примечание: под ПАВ в наших исследованиях подразумеваются препараты опия.

Исследованию подверглась структура физического влечения (см. таблицу №4).

Таблица № 4

Структура физического влечения

№ п/п	Параметры	Абсолютное число	%
1.	Неодолимое стремление к наркотизации.	93	100
2.	Стремление к физическому комфорту в опьянении.	93	100
3.	Синдром отмены	93	100

Психопатологические нарушения при синдроме отмены достаточно подробно описаны в литературе. В то же время мы сочли нужным еще раз отметить (подчеркнуть) своеобразие этого синдрома.

В нашем исследовании мы выявили в структуре синдрома отмены препаратов опия доминирование депрессивных нарушений (см. таблицу №5).

Таблица № 5

Характер психопатологических нарушений при синдроме отмены

№ п/п	Параметры	Абсолютное число	%
1.	Неврастенический	3	3,2
2.	Депрессивный	73	78,5
3.	Дисфорический	15	16,1
4.	Тревожно-фобический	2	2,1

Также изучались характер проявления синдрома отмены и возраст обследуемых лиц, когда у них впервые проявился данный синдром (см. таблицы №№ 6, 7).

Таблица № 6

Характер проявления синдрома отмены

№ п/п	Параметры	Абсолютное число	%
1.	Потливость, зевота, ринорея, слезотечение, расширенные зрачки.	81	87
2.	Тремор, рвота, диарея, лихорадка, спазмы мышц, повышение АД, тахикардия.	12	13

Таблица № 7

Возраст обследуемых лиц, когда у них проявился впервые синдром отмены

№ п/п	Возраст обследуемых лиц	Абсолютное число	%
1.	До 20 лет	39	42
2.	С 21 до 29 лет	47	50,5
3.	С 30 до 49 лет	7	7,5

Выводы:

1. В формировании психической зависимости у всех обследованных пациентов выявилась неудержимая тяга к ПАВ, стремление к психическому комфорту в опьянении, навязчивые мысли о наркотике, повышение настроения в предвкушении приема ПАВ, подавленность, неудовлетворенность в отсутствии наркотика.

2. Начальная доза ПАВ составила 0,1 - 0,2 грамма сухого вещества опия. Максимальная доза ПАВ со-

ставил 1,0 грамм сухого вещества опия.

3. В структуре физического влечения у всех обследуемых больных выявилось неодолимое стремление к наркотизации, стремление к физическому комфорту в опьянении, синдром отмены.

4. В структуре синдрома отмены доминируют депрессивные нарушения.

5. Синдром отмены, чаще всего, впервые возник в возрасте от 21 до 29 лет.

Использованная литература:

1. Алтынбеков С. А., Денисова Е. В. Исследование распространенности наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан. // Вопросы летальной медицины и экологии - Т. VIII, № 4, 2001, С. 70 - 83.

2. Алимханов Ж. А. Проблемы наркоманий в Республике Казахстан. Мифы и реальность. // Вопросы наркологии Казахстана - Т. I, № 1, 2001, С. 29 - 30.

3. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании - М.: Медицина, 1988. - Т. 2, С. 159 - 231.

4. Иванец Н. Н. Руководство по наркологии - Т.Т. I - II. // Медпрактика, М. - 2002. С. 947.

5. Рудяков С. В., Брыжахин П. Г., Онгарова В. Н., Сулейменова С. Д., Сергеева Н. В., Хасс С. Х., Джаксыбеков М. А. Реабилитация больных опиоидной наркоманией в условиях дневного стационара. // Вопросы наркологии Казахстана. Т. I.- № 1, 2001, С. 89-91.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С. Д. Жаныбеков, С. Д. Сулейменова, В. Н. Онгарова,
Ж. Д. Брыжахина, Л. Ж. Елеусизова, Е. К. Шаймарданов

Актуальность проблемы

Клиническая картина абстинентного синдрома у больных алкоголизмом достаточно подробно описана в литературе. В то же время, своеобразие этого синдрома у женщин освещено недостаточно, за исключением работ Субханбердиной А. С., указывает на преобладание депрессивного и депрессивно-дисфорического аффекта в структуре алкогольного абстинентного синдрома у женщин.

Материалы и методы

Основным методом нашего исследования является клиничко-психопатологическое обследование. Количество больных составило 139 женщин с алкогольной зависимостью.

Уточнение диагноза, т.е. точное соответствие диагноза проводится в соответствии с критерием МКБ-10 с предварительным скринингом всех больных Мичиганским Алкогольным Тестом.

Результаты исследования

В нашем исследовании в структуре алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у женщин мы

выявили: у 10 больных доминирование в картине вегетативных расстройств; в 7 случаях - психических расстройств с вегетативными расстройствами, у 7 больных - только психических расстройств. Соматических расстройств с вегетативными компонентами выявлено в 25 случаях. Сочетания соматических, вегетативных и психических расстройств отмечено в 48 случаях; у 5 больных имели место соматические расстройства, а соматических и психических расстройств - у 1 больного.

Таким образом, клиническая картина ААС у женщин широко представлена вегетативными расстройствами, которые наблюдались у 93 больных, далее следовали психические расстройства - в 56 случаях.

Отметим, что в наших наблюдениях под соматическими расстройствами имелись в виду высокое артериальное давление, плохое самочувствие, боли в голове, спине; отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость.

Абстинентный синдром развивался в следующие сроки течения алкогольной зависимости:

- а) 1 - 3 года у 4 человек (0,3%);
- б) 4 - 6 лет у 30 человек (21,6%);

- в) 7–10 лет у 28 человек (20,1%);
г) 11–16 лет у 77 человек (55,4%).

Психические компоненты абстинентного синдрома проявились нарушениями сна, кошмарными сновидениями, гипнагогическими галлюцинациями. В отдельных случаях развивалось депрессивное состояние, появлялись мысли о никчемности жизни, о самоубийстве. До поступления в стационар часть больных испытывала страхи, периодически отмечала слуховые обманы типа: «голоса, повторяющие мысли», видела в окнах различных персонажей. Как правило, подобные случаи проявлялись после запоя. Характерно было также развитие отрывочных слуховых галлюцинаций. В 5 случаях обследуемые испытывали зрительные обманы.

Ряд больных в состоянии абстиненции испытывал чувство страха; они боялись оставаться одни в комнате, образно рассказывали, что утром допивают оставшееся с вечера, потому, что «слышат» голоса людей, обвиняющих их в пьянстве. «Голоса» угрожали «увести мужа, чтобы он не пил с пьяницей - женой».

В 7 случаях испытывали кратковременные зрительные галлюцинации: «за столом сидят собака и кошка – смотрят на меня». Таким явлением предшествовали запои от 7 дней до месяца.

Для подтверждения вышесказанного интересным будет проиллюстрировать наши данные клиническим наблюдением: Больная Р., 44 года, медсестра, находилась на лечении в стационаре с диагнозом «ППР в результате употребления алкоголя, состояние отмены».

Анамнестические сведения: родилась в семье, имеющей двоих детей; имеет старшего брата. Отец – по профессии инженер, умер от инфаркта миокарда, когда больной было 4 года; мать – домохозяйка. Алкоголем родители не злоупотребляли. Развитие в детстве протекало без отклонений. В школу пошла с 7 лет, окончила 10 классов. Предпочтение отдавала гуманитарным дисциплинам. По характеру была общительной, веселой, занималась спортом, имела много друзей, подруг, легко сходилась с людьми.

После окончания средней школы поступила в медицинское училище, училась на «хорошо», актив-

но участвовала в общественной жизни учебного заведения. После завершения учебы работала в одной из больниц города. Замужем не была, практически все время проживала с матерью.

Алкогольный анамнез: употреблять спиртные напитки начала относительно поздно - с 25 лет, выпивала с подругами после работы, нравилось посещать рестораны, и за короткое время выпивки участвовали. В состоянии опьянения появлялась раскованность, чувство веселости. Дома, по поводу выпивок, были конфликты с матерью, «но на работе никто ничего не знал».

Периодическое употребление спиртного с частотой 1 - 2 раза в неделю продолжалось в течение 5 - 6 лет, после чего отметила, что стала выпивать чаще, и появилось влечение к алкоголю. К 34 годам сформировался отчетливый абстинентный синдром с выраженным сомато-вегетативным компонентом (головная боль, тахикардия, боли в области сердца, гипергидроз, особенно в ночное время суток), бледность, отсутствие аппетита, быстрая утомляемость). Продолжала выпивать, прибегая к более крепким спиртным напиткам, тогда как ранее предпочитала крепленые вина.

В течение последних 3-х лет, после смерти матери, стала особенно остро чувствовать одиночество, ощущение пустоты, «бессмысленности жизни» - появились суицидальные мысли. Опьянение уже не приносило облегчение, больная становилась все более безразличной, замкнутой. К этому времени пьянство приняло запойный характер, с длительностью запоев до 7 дней. Толерантность достигла своего пика – до 1,2 литра крепких спиртных напитков (водка).

Психиатрический анамнез: ориентирована все-сторонне правильно, контактна, в беседе участвует неохотно, держится несколько вызывающе, даже надменно. Напряжена, недоверчива. Эмоционально сдержанна. К своему состоянию, в целом, критична, на лечение настроена.

Таким образом, можно отметить, что в клинике ААС у обследованных женщин преобладают вегетативные нарушения, затем наблюдаются психические расстройства.

Литература:

1. Степанов А. Ф., Кадыков В. П. О роли некоторых факторов, способствующих формированию хронического алкоголизма у женщин // В кн.: Алкоголизм и неалкогольные токсикомании // Респ. сб. н. трудов. - М., 1985.
2. Кравченко С. Л. Соотношение прогрессивности заболевания и психической деградации женщин, страдающих алкоголизмом // XIII съезд психиатров России. - М., 2000.
3. Субханбердина А. С. Психопатологические особенности влечения к алкоголю в клинике алкоголизма у женщин. - М., 1990.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НАРКОЛОГИИ

О. В. Кабанен, А. А. Кулунбаева, Ж. К. Бектемиров, Т. О. Винокурова

г. Астана

Резкое ухудшение наркологической эпидемической ситуации в Казахстане, наблюдаемое в последние годы, выразилось не только в росте числа больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями, но и привело к увеличению удельного веса алкогольных интоксикационных психозов и других неотложных состояний, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами.

Сложившаяся ситуация привела к необходимости выделить неотложную наркологию. До настоящего времени проблемами неотложной помощи занимались специалисты в области медицины критических состояний, то есть врачи-реаниматологи. В реаниматологии под интенсивной терапией (лат. *intensio* - напряжение) понимают искусственное замещение жизненных функций и управление ими при критических состояниях. А под критическим состоянием, в свою очередь, понимается крайняя степень любой патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержание жизненно важных функций (Зильберг А. П., 1995).

В практике неотложной наркологии чаще всего приходится сталкиваться со следующими состояниями: выраженная интоксикация различной этиологии (алкоголь, наркотики, другие психоактивные вещества); интоксикационные психозы вследствие злоупотребления психоактивными веществами; тяжелый абстинентный синдром; острые алкогольные и другие абстинентные психозы; наркологические заболевания, протекающие на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии; состояния компульсивного влечения к психоактивному веществу и выраженные аффективные расстройства. В отдельную группу можно выделить состояния, возникающие у наркологических больных в ходе стационарного лечения, как осложнения при проводимой терапии.

Остановимся более подробно на каждом из перечисленных состояний. Под экзогенной интоксикацией (от латинского *in-b* - внутрь, > греческого *-toxikon* - яд) понимают патологическое состояние, возникающее в результате действия на организм токсических веществ экзогенного происхождения. Классификация экзогенных интоксикаций основана на природе вызывающих их ядов. По клиническому течению они делятся на острые и хронические (Голиков С. Н., 1978). В данную группу включены больные с острой интоксикацией, ибо хроническая интоксикация может приводить к неотложным состояниям, требующим интенсивной терапии вследствие повреждения внутренних органов (например, острый токсический гепатит вследствие злоупотребления барбитуратами или эфедриносодержащими препа-

ратами). Нередко встречаются и смешанные состояния, обусловленные сразу несколькими причинами (например, острая интоксикация гипноседативными средствами на фоне тяжелого опийного абстинентного синдрома).

Ранними признаками алкогольной интоксикации являются смазанная речь, нечеткость мышления, угнетение сухожильных рефлексов, шаткость походки. Характерный запах изо рта определяется не всегда. Приблизительно в 20% случаев передозировки супрессорами ЦНС, например снотворными средствами, когда в крови обнаруживаются высокие концентрации этанола, алкогольная интоксикация первично не диагностируется.

Напряжение сознания в связи с угнетением мозговых функций может развиваться в континууме оглушения - сомноленция - сопор - прекома - кома, и степень этого нарушения имеет важное диагностическое значение, выступая в роли критерия тяжести отравления.

При тяжелой алкогольной интоксикации, в том числе в случаях развития коматозных и прекоматозных состояний, необходимо исключить наличие каких-либо других причин, обуславливающих появление терминального состояния (субдуральную гематому, диабетическую кому, острый инфаркт миокарда, мозговое кровоизлияние, etc). При оценке состояния больного и выборе лечебной тактики следует учитывать наличие таких расстройств (иногда клинически неочевидных), как алкогольная гипогликемия, пневмония, гипергидратация.

Обязательной лечебной мерой при острой алкогольной интоксикации является обеспечение адекватной респираторной функции, что подразумевает освобождение дыхательных путей, а при необходимости и вспомогательную вентиляцию легких.

Во многих случаях эффективно своевременное промывание желудка, иногда с одновременным введением эметических средств, для предотвращения дальнейшей абсорбции алкоголя в кровь, при этом необходимо тщательное соблюдение мер предосторожности во избежание аспирации рвотных масс. В результате повторной рвоты у больных может значительно снизиться объем циркулирующей крови и развиваться артериальная гипотензия. Состояние больных улучшается после проведения оксигенации и внутривенной инфузии растворов. При подозрении на наличие гипогликемии или её лабораторном выявлении рекомендуется введение 50 - 100 мл 40 - 50% раствора глюкозы - она может способствовать ускорению метаболизма этанола и снижению его концентрации в плазме. Для предупреждения развития энцефалопатии введение глюкозы следует предварить

назначением тиамина, так как активный метаболизм глюкозы может приводить к резкому истощению церебрального запаса этого витамина. В последние годы в ряде клиник реверсия фармакологического действия алкоголя на ЦНС достигается путем введения антагониста опиатных рецепторов - налоксона. Состояние больных может значительно улучшаться при использовании высоких доз препаратов нейрометаболического действия, в первую очередь, пирацетам.

В лечении алкогольной комы не рекомендуется применять стимуляторы ЦНС (например, амфетамин и близкие к ним по характеру фармакологического действия лекарственные средства), определенное исключение может представлять аналептик бемегрид. Следует применять во внимание, что усиление клиренса этанола в ходе детоксикации может способствовать преждевременному развитию у больных алкоголизмом абстинентного состояния, кроме того, резкое снижение концентрации этанола в плазме может привести к развитию судорожного припадка.

Для острой опиоидной интоксикации характерны: узкие зрачки, иногда «точечные», бледность, сухость кожных покровов, иногда кожа может быть холодной и липкой, ортостатическая гипотензия, гипотермия, урежение сердечного ритма, понижение сухожильных рефлексов, подавление кашлевого рефлекса, повышенная устойчивость к боли (отсутствие чувствительности к булавочным уколам), угнетение дыхания, сниженная моторная активность кишечника, сонливость, состояние заторможенности, тошнота, рвота, спазмы кишечника, иногда наблюдаются нарушения координации, атаксия, угнетение рефлексов, снижение аппетита, кроме того, могут возникнуть изменения на ЭЭГ, припадки. Настроение часто благодушное, ускоренная смазанная речь и ассоциации, быстрые перемены в настроении, критика к своему поведению и высказываниям снижена, в ряде случаев может возникать психомоторное возбуждение, галлюцинации либо тревога, дисфории.

При острых отравлениях наблюдаются выраженное угнетение дыхания и отек легких, который присутствует, практически, во всех случаях летальных исходов. Может развиваться шоковая реакция.

Препаратом выбора в лечении острой опиоидной интоксикации является налоксон - антагонист опиатов. Он конкурентно вытесняет опиаты из опиатных рецепторов, устраняя токсическое действие опиатов. Средняя начальная доза для взрослых 0,4 мг внутривенно.

Дезинтоксикация осуществляется общепринятыми способами (В1, В6, В12, никотиновая кислота и аскорбиновая кислота). К средствам, вводимым капельно в вену добавляют кофеин (до 10 мл 10% раствора в сутки), кордиамин 2 - 3 мл подкожно, седативные гликозиды (коргликон, строфантин), преднизолон.

При употреблении высоких доз препаратов конопли возникает состояние острой интоксикации с паническими реакциями, тревожным статусом, параноидальными реакциями, иллюзорными расстройствами, деперсонализацией, спутанностью, беспокойством, возбуждением, зрительными, а порой и слуховыми галлюцинациями. Атаксия обычно не резко выражена, но отмечаются некоторые нарушения координации. Такое состояние может напоминать острый психотический эпизод.

Для барбитуровой интоксикации характерны: нарастающая заторможенность, сонливость, эйфория либо депрессия, лабильность, парадоксальное двигательное возбуждение, затуманенность сознания, дезориентация, сон, переходящий в коматозное состояние. Замедляются пульс, дыхание, перистальтика, наблюдаются гипотензия, смазанная речь, ларингоспазм, снижение активности почек, возможны боли в суставах и мышцах, сначала сужение, затем расширение зрачков, потливость, падение температуры тела, возникает опасность шока, комы. Среди неврологических нарушений при острой интоксикации: асинергия, невозможность фиксировать взгляд, стойкий горизонтальный и вертикальный нистагм, мышечная гипотимия, угнетение глубоких сухожильных рефлексов (как доказательства действия на мозжечок). Смерть может наступить от дыхательной недостаточности, остановки сердца или отказа почек.

Под интоксикационными психозами в наркологии понимают группу заболеваний, включающих различные по глубине и тяжести психические расстройства, вызванные психоактивными веществами, поступившими в организм. Наиболее часто в клинической практике встречаются интоксикационные психозы при эфедрон. и первитиновой наркомании, токсикоманиях вследствие злоупотребления циклодолом, димедролом, летучими органическими веществами.

В последнее время стали наблюдаться случаи интоксикационных психозов в связи со злоупотреблением кокаином, амфетаминами, галлюциногенами (ЛСД, «Экстази», РСР) в виду их большей доступности. Клиническая картина данных психозов подробно описана в соответствующих руководствах (Столяров Г. В., 1978; Пятницкая И. Н., 1994; Каплан Г. И., Седок Б. Дж., 1994).

Под абстинентным синдромом или синдромом «Отмены» понимают состояния, сопряженные с интенсивными психическими, соматовегетативными и неврологическими нарушениями, возникающими при прекращении приема психоактивного вещества. Тяжесть абстинентного синдрома определяется конкретным видом психоактивного вещества, степенью его наркотичности и токсичности, давностью заболевания, дозировкой применяемого препарата, спектром возможных осложнений, а также общей реактивностью организма. Принято считать, что

абстиненция тяжелее протекает при барбитуровой наркомании из-за возможности развития судорожных припадков и делириозных расстройств; и при опийной наркомании из-за выраженности алгического компонента и других соматовегетативных нарушений. В то же время адекватная терапия синдрома отмены снотворных с литическим снижением дозы позволяет избежать этих осложнений. Существующие в настоящее время методы лечения опийной абстиненции также являются эффективными. Однако менее известно, что при отмене психостимуляторов могут также происходить психотические расстройства; в последние годы стали наблюдаться чаще случаи психотических расстройств делириозного характера при опийной абстиненции. Возможно, это объясняется кустарным приготовлением наркотиков и сочетанным приёмом их с димедролом или же изменением реактивности в процессе хронической интоксикации с повышением чувствительности к проводимой терапии.

Алкогольный делирий (белая горячка, *delirium tremens potatorum*) является наиболее частой формой алкогольных психозов, в некоторых случаях делириозный синдром развивается в связи с неверной врачебной тактикой и, таким образом, является осложнением терапии алкоголизма.

Алкогольный делирий представляет собой неотложное состояние, требующее интенсивной, а в ряде случаев и реанимационной терапии. Лечение алкогольного делирия симптоматическое. Необходимо принимать во внимание, что алкогольный делирий представляет собой не только острый психоз, но и острое полисиндромальное соматоневрологическое расстройство, требующее активной терапии. Одним из ведущих неблагоприятных прогностических признаков при алкогольном делирии является повышение температуры тела. Не менее чем у половины больных развивается пневмония, часто возникают судорожные состояния. Наиболее грозными осложнениями являются отёк мозга, отёк легких, острая почечная недостаточность. Летальность, даже с учётом применения современных методов интенсивной терапии, достигает 2 - 5%.

Стратегически важно попытаться предупредить развитие делирия. Для этого необходимо как можно раньше начать лечение алкогольного абстинентного синдрома, патогенетически обоснованно применяя лекарственные средства. Терапия делириозных состояний у больных алкоголизмом обязательно включает клиренсовую детоксикацию, витаминотерапию, введение нейрометаболических (пирацетам) и психотропных средств. Известно, что острая и хроническая интоксикация вызывают разнообразные расстройства деятельности внутренних органов и систем, поэтому любое наркологическое заболевание протекает на фоне тех или иных соматовегетативных нарушений. Наиболее часто встречается патология печени с нарушением её дезинтоксикационной

функции, что приводит к вынужденному ограничению или полной невозможности проведения таким больным психофармакотерапии и требует немедленного применения методов интенсивной терапии. Из других грозных осложнений следует назвать такие, как отёк мозга разной степени выраженности, сердечно-сосудистая недостаточность, гипоксия, токсико-аллергические реакции. На всех этапах лечения наркологических больных (особенно при наркоманиях и токсикоманиях) могут наблюдаться состояния резкого обострения патологического влечения к психоактивному веществу, достигающего компульсивного состояния с признаками сужения сознания, выраженными аффективными нарушениями и психомоторным возбуждением. Эти расстройства также должны расцениваться как неотложные, требующие срочного купирования, ибо именно они зачастую приводят к прерыванию больными курса лечения и возобновлению приема алкоголя или наркотиков.

Наиболее значительными для наркологической практики являются следующие осложнения терапии абстинентного синдрома: алкогольный делирий и острая алкогольная энцефалопатия, судорожный синдром, лекарственный гепатит, нейролептические состояния, фармакогенные психозы, острая пневмония, респираторный дистресс-синдром взрослых.

Ниже приводится более подробная характеристика каждого из перечисленных осложнений. Наиболее опасными в плане развития алкогольного делирия и острой энцефалопатии являются следующие ошибки в терапии алкогольного абстинентного синдрома: назначение препаратов глюкозы без превентивного введения тиамина. Нередко в клинической практике наблюдается переход пределириозного состояния во флоридную фазу психоза во время внутривенной инфузии, применяемой с целью детоксикации. Возможно, в подобной провокации делирия определенную роль играет такой неспецифический и нередко игнорируемый врачами фактор, как прирост ОЦК и возникающие при этом электролитные сдвиги, в том числе, гипокалиемия. Кроме того, следует принимать во внимание, что инфузия гемодеза и других полимерных плазмозаменителей без предварительного введения солевых растворов может вызвать тканевую дегидратацию, усиливает метаболические изменения в мозговой коре, что в свою очередь может провоцировать развитие острой энцефалопатии либо делирия.

Недифференцированное применение нейролептиков на фоне острого абстинентного состояния, особенно препаратов, обладающих выраженными холинолитическими свойствами. Неблагоприятное влияние нейролептиков особенно отчетливо проявляется при неудовлетворительном объеме клиренсовой детоксикации. Применение (обычно с целью достижения седации) других антихолинергических средств, в том числе антигистаминных препаратов.

Наиболее рискованным представляется назначение больным пипольфена и димедрола. Назначение антидепрессантов, особенно из классической триады трициклических препаратов со свойственной им высокой холинолитической активностью и выраженным стимулирующим влиянием на корковые функции. Недостаточно активное использование с целью предупреждения развития делирия и острой энцефалопатии супрессоров ЦНС (включая антиконвульсанты) и мероприятий по детоксикации. В ряде случаев развитие делирия можно предупредить своевременным назначением тиамина, магния сульфата, пирацетама, пропродолола, карбамазепина, барбитуратов и производных бензодиазепина.

Появление судорожного синдрома в клинике острых алкогольных расстройств обусловлено снижением порога пароксизмальной активности мозга. Это может быть неспецифическим проявлением алкогольного абстинентного синдрома, особенно если он развивается на фоне алкогольной энцефалопатии. Кроме того, эпилептиформные припадки могут провоцироваться теми же терапевтическими ошибками, которые приводят к развитию делирия.

Необходимо также принимать во внимание, что судорожная готовность может повышаться под влиянием препаратов ГАМК, в частности натрия оксibuтирата. Применение оксibuтирата патогенетически оправдано при алкогольном абстинентном синдроме и нередко позволяет повысить общую эффективность терапии. Однако оно должно сочетаться с приемом лекарственных средств противосудорожной направленности, а также препаратов калия.

По миновании пароксизмальных расстройств следует проводить превентивную терапию, направленную на снижение судорожной готовности. Она должна включать применение антиконвульсантов (карбамазепина, натрия вальпроата), производных бензодиазепина (диазепама), а также барбитуровой кислоты (фенобарбитала). Хорош для этих же целей также комбинированный препарат реладорм, включающий диазепам и циклобарбитал, структурно практически идентичный гексеналу.

Фармакогенный гепатит чаще развивается при массивной алкоголизации, предшествовавшей началу лечения, а также при высоких дозах психотропных средств, используемых в схеме терапии и создающих выраженную метаболическую нагрузку на гепатоциты.

Наиболее высокий риск развития лекарственного гепатита у наркологических больных связан с применением барбитуратов, алифатических производных фенотиазина (аминазина, тизерцина), клозапина, карбамазепина и некоторых транквилизаторов бензодиазепинового ряда, но, в принципе, острое токсическое поражение печени может развиваться при использовании любых лекарственных средств, подвергающихся печеночному метаболизму. Для предупреждения лекарственного гепатита следует при-

менять щадящий режим седации (в частности при использовании ускоренной детоксикации), осторожно использовать лекарственные средства с выраженным гепатотоксическим действием либо (предпочтительнее) полностью отказаться от их применения, отказаться от полипрагмазии, регулярно осуществлять лабораторный контроль состояния печени.

Лечение гепатита начинается с отмены всех применявшихся лекарственных средств, кроме жизненно необходимых, и проводится на фоне клиренсовой детоксикации с использованием гепатопротекторов и препаратов метаболического действия (лактоулоза, урсодезоксихолевая кислота, орнитин, адеметионин) с обязательным участием врача - терапевта, врача - гепатолога и врача - инфекциониста.

Следует отметить, что лекарственные гепатиты у больных опийной наркоманией могут развиваться даже при соблюдении необходимых мер предосторожности, что связано с очень высокой (свыше 0⁸%) распространенностью вирусных гепатитов у этих больных и наличием у них повышенной чувствительности паренхиматозных клеток печени к метаболической нагрузке, связанной с приемом лекарств.

Нейролептические состояния представляют собой самый распространенный тип осложнений при терапии наркомании. Частота нейролепсии в практике лечения абстинентного синдрома объясняется повышенной чувствительностью больных к экстрапирамидным и другим побочным действиям нейролептиков, недифференцированным применением нейролептиков без достаточного учета клинических особенностей абстинентного состояния и фармакологического профиля отдельных препаратов, особенностями их индивидуальной переносимости, превышением индивидуально допустимых и рекомендованных доз, недостаточным применением препаратов корректоров (в том числе центральных холиноблокаторов).

Нерезко выраженная и сравнительно доброкачественная нейролепсия зачастую просматривается врачами. Наиболее грозным осложнением является злокачественный нейролептический синдром (ЗНС). Необходимо отметить, что нейролептические реакции у толерантных к опиоидам лиц отличаются выраженным своеобразием.

Во-первых, нейролептики при наркомании могут действовать парадоксально и вместо седативного и общезатормаживающего эффектов приводить к растормаживанию и выраженному психомоторному возбуждению. Попытки увеличить дозы препарата могут вызвать своеобразную диссоциацию: нарастание у больных негативизма по отношению к лечебным мероприятиям и двигательного беспокойства на фоне резко ослабленного мышечного тонуса и снижения способности к осмыслению окружающего.

Во-вторых, нейролептики недостаточно влияют на влечение к наркотикам (что, по-видимому,

объясняется общей фармакорезистентностью патологического влечения к наркотикам как стержневого аддиктивного феномена) и лишь в слабой степени влияют на расстройство поведения больных в период абстинентного синдрома и в постабстинентный период.

В-третьих, в развитии нейролептического синдрома психопатологические симптомы (а именно психическая ригидность и акатизия) нередко опережают неврологические, что может усиливать расстройство поведения больных и приводить к снижению терапевтического контакта.

В-четвертых, нейролептики обладают недостаточной способностью облегчать засыпание у больных.

Безопасность терапии нейролептиками может существенно повышаться при обязательном соблюдении следующих правил: осторожное назначение нейролептиков лицам с признаками выраженной энцефалопатии, а также больным, злоупотребляющим алкоголем и обнаруживающим полинаркоманнические тенденции. Выбор нейролептиков в строгом соответствии с особенностями психопатологического синдрома. Отказ от необоснованной массивной нейролептизации. Снижение доз препаратов либо полная их отмена при появлении первых признаков нейролептического состояния. Отказ от проведения детоксикации в амбулаторных условиях. Лечение нейролепсии симптоматическое. В первую очередь применяются холиноблокаторы центрального действия: тригексифенидил (паркапан, циклодол) и биперидин (акинетон). В качестве вспомогательных лекарственных средств используются пиридоксин (витамин В6), пирацетам, кофеин. Развитие нейролептического синдрома, первыми признаками которого обычно являются повышение мышечного тонуса, тахикардия, тахипноэ, повышение температуры тела, обильное потоотделение является безусловным показанием к проведению неотложных реанимационных мероприятий в условиях специализированного отделения в связи с высокой (до 10%) летальностью состояния. Если пациент находится в отделении общего наркологического или психиатрического профиля, то до его перевода в специализированное реанимационное отделение необходимо восполнить потерю жидкости путем капельного введения инфузионных растворов с обязательным содержанием препаратов калия, а также добиться снижения температуры тела. При недостаточной эффективности жаропонижающих средств рекомендуются влажные холодные обертывания. С целью профилактики легочной эмболии целесообразно введение необходимых доз гепарина.

В последнее время участились сообщения о психотических состояниях в период опийного абстинентного синдрома (ОАС). Практически во всех случаях (не менее 8%) возникновение психоза было спровоцировано действием лекарственных препаратов с выраженными холинолитическими (атропиноподобными) свойствами. Вместе с тем есть основания по-

лагать, что в развитии делирия определенную роль играет и факт депривации опиоидов. Как показывают клинические наблюдения, к факторам риска развития делирия в период ОАС относятся: злоупотребление алкоголем в преморбидном периоде и в периоды ремиссий; злоупотребление транквилизаторами и другими лекарственными препаратами снотворно-седативного ряда; наличие у больных органического поражения мозга различного генеза; наличие у больных соматических заболеваний, развивающихся или обострившихся на высоте ОАС.

Пусковую (триггерную) роль в развитии острого делирия в абстинентной фазе опийной наркомании играет фармакогенный фактор.

К препаратам, применение которых создает высокий риск развития делирия, относятся следующие лекарственные средства с выраженными холинолитическими свойствами:

1. Нейролептики - хлорпромазин (аминазин), левомепромазин (тизерцин), неуплептил, пипотиазин, клозапин (азалептин), оланзепин (зипрекс)
2. Антидепрессанты - амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксепин
3. Антигистаминные средства — прометазин (пипольфен), димедрол.
4. Холиноблокаторы, в том числе центрального действия - атропин, циклодол.

Делирий при опийной наркомании обычно развивается на 2 - 4 сутки отнятия наркотика, чаще во второй половине дня или ночью. Начало психоза обычно торпидное, течение вялое. В формировании фабулы психоза ведущую роль играет тема наркотизации.

Препаратами выбора для купирования делирия, развивавшегося в структуре опийного абстинентного синдрома, являются галоперидол и дроперидол - нейролептики производные бутирофенона с селективной антипсихотической активностью. Существуют также наблюдения, свидетельствующие об усиленном применении с этой целью рисперидона (рисполепта), обладающего антипсихотическими свойствами, близкими к таковым у галоперидола, но несколько лучше переносимого. Применяются также диазепам, барбитураты, а также пирацетам.

Обязательным компонентом лечения делирия в структуре опийного абстинентного синдрома является клиренсовая детоксикация.

Пневмония является сравнительно не частым осложнением терапии и, как правило, развивается в ходе ускоренной детоксикации; развитие острой пневмонии при ускоренной детоксикации связано, по-видимому, с тяжестью физиологического стресса, которым, по сути, является преципитация абстинентного состояния, вызванная введением опиоидных антагонистов с возникающей при этом транзиторной иммуносупрессией, а также возможно с нарушением кровообращения в легочном круге. Кроме того, ИВЛ, будучи весьма «антифизиологичной»

инвазивной процедурой, также способна приводить к развитию пневмонии. Предупредить развитие пневмонии можно путем превентивного применения антибиотиков широкого спектра и дыхательных analeптиков (кордиамина, сульфокамфокаина). К числу мер профилактики относится также тщательное соблюдение асептики и антисептики в ходе детоксикации, особенно при манипуляциях с центральными венозными катетерами.

Респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ) представляет собой довольно редкое, но самое грозное осложнение при лечении опийной наркомании. Летальность 50%. РДСВ - это острая дыхательная недостаточность, вызванная некардиогенным отёком легких, нарушением функции внешнего дыхания и гипоксией. РДСВ может развиваться после аспирации рвотных масс в структуре синдрома Мендельсона (аспирационной пневмонии) либо на фоне передозировки любых лекарственных средств, а также интоксикации в связи с немедицинским внутрибольничным употреблением большими наркотиков и вызванным ими потенцированием действия супрессоров ЦНС. Ведущим патогенетическим механизмом при этом является токсическое поражение и нарушение проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны, что в свою очередь ведет к нарушению диффузии кислорода, к пропоте-

ванию плазмы в интерстициальное и альвеолярное пространство, к заполнению альвеол жидкостью и к ателектазу.

Ранняя диагностика РДСВ должна быть направлена на выявление одышки и учащенного поверхностного дыхания (ЧДД свыше 35 раз в минуту). Развитие РДСВ является прямым показанием к ИВЛ, режим и продолжительность, которой определяется динамикой состояния больного.

Что должен знать врач при оказании помощи больным с неотложными состояниями:

- биологические основы неотложных состояний в клинике зависимых заболеваний;
- клинические мишени при лечении неотложных состояний у больных;
- группы препаратов, применяемых для лечения неотложных состояний;
- основные осложнения, развивающиеся при лечении неотложных состояний.

Врач должен владеть навыками, позволяющими проводить интенсивную терапию и своевременно устранять возникающие осложнения.

Необходимо помнить, что успешная терапия неотложных состояний в наркологии не только позволяет избежать развития у данного контингента больных тяжелых угрожающих жизни осложнений, но и способна влиять на ход заболевания в целом.

Литература:

1. *Лекции по наркологии под редакцией профессора Иванца Н. Н. - М., 2000.*
2. *Пятницкая И. Н. Наркомании. - М., 1994.*
3. *Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Детоксикация при опийной наркомании. - Анахарсис, 2001.*
4. *Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия острых состояний и неврологических осложнений в клинике алкоголизма. - Анахарсис, 2001.*

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. В. Кабанен, А. А. Кулунбаева, Ш. М. Тлеубаева

Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ сопровождается развитием различных типов психических расстройств. Психопатологические особенности, тяжесть, течение и прогноз этих расстройств определяются многими факторами, в том числе типом действия употребляемого вещества на центральную нервную систему (ЦНС), частотой употребления и употребляемыми дозами, особенностями индивидуальной психической реактивности, а также общим состоянием психического и физического здоровья индивида. Психопатологическая природа болезней аддиктивного круга делает правомерной постановку вопроса о необходимости применения психотропных средств, в том числе нейролептиков, при

лечении. Вместе с тем, показания к применению нейролептиков и сама целесообразность их использования относятся к числу дискуссионных и далеких от разрешения вопросов клинической наркологии. В соответствии с принадлежностью к различным психопатологическим регистрам психические расстройства у лиц, злоупотребляющих ПАВ, разделяются на следующие категории: мотивационные нарушения (болезненное влечение к ПАВ и другие аддиктивные влечения); острые и хронические психозы; расстройства невротического круга; аффективные нарушения; личностные расстройства и нарушения поведения; когнитивные нарушения, развивающиеся в структуре психоорганических синдромов.

По происхождению психические нарушения у наркологических больных могут быть разделены на 3 типа: проаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивные.

Проаддиктивные психопатологические феномены — это психические расстройства, предрасполагающие к злоупотреблению ПАВ и формированию зависимости от них. В эту категорию входят преморбидные особенности личности (в том числе конституционально обусловленные типы психопатологического реагирования) и коморбидные психические расстройства. Необходимо оговориться, что наряду с коморбидными психическими расстройствами, оказывающими то или иное влияние на возникновение, симптоматику, течение и прогноз аддиктивных болезней, у отдельных больных могут отмечаться коморбидные психопатологические состояния, характеризующиеся относительной самостоятельностью и не проявляющие очевидных взаимосвязей с аддиктивными синдромами.

Собственно аддиктивные расстройства формируют психопатологическое ядро алкоголизма и других болезней аддиктивного круга и представлены тремя основными феноменами: болезненным влечением к ПАВ, зависимостью от этих веществ и аддиктивным поведением больных. Кроме того, к этой же категории можно отнести само по себе употребление ПАВ.

Метааддиктивные расстройства представляют собой совокупность психопатологических последствий злоупотребления ПАВ. По механизмам возникновения метааддиктивные психические расстройства можно разделить на психогенные, фармакогенные и токсикогенные состояния. Примером психогенных расстройств служит тревожное ожидание состояния отмены у больных героиновой наркоманией или ипохондрическое развитие личности у больных алкоголизмом. Типичным фармакогенным расстройством (отражающим фармакологические свойства ПАВ) является состояние психофизической угнетенности в острый период отвыкания от кокаина у зависимых лиц. Наконец, к числу токсикогенных расстройств (развивающихся вследствие нейротоксических эффектов ПАВ) относятся различные психоорганические состояния у наркологических больных. Очевидно, что различные по психопатологической принадлежности и происхождению психические расстройства у лиц, злоупотребляющих ПАВ, проявляют разную степень восприимчивости к действию психотропных препаратов, в том числе нейролептиков.

В соответствии с главной задачей наркологической помощи - прекращением употребления ПАВ и достижением ремиссии болезни - основной мишенью лечения являются собственно аддиктивные расстройства, а именно: мотивационные расстройства и психический компонент зависимости от ПАВ.

Примечательной особенностью российской наркологической школы является активное приме-

нение нейролептиков и антидепрессантов с целью формирования и стабилизации ремиссии аддиктивных заболеваний. Вместе с тем, как показывает наркологическая практика и собственный клинический опыт авторов, первичные (т.е. не связанные с синдромом отмены или психопатологическими проявлениями других фазных состояний болезни) формы влечения к ПАВ представляют собой фармакорезистентный психопатологический феномен и практически не поддаются психофармакологическому воздействию.

Фармакорезистентностью ядерных аддиктивных феноменов, а также их устойчивостью к психотерапевтическому воздействию, объясняется низкая результативность лечебных программ в наркологии. С точки зрения современной психофизиологии, наркотенные свойства психоактивных субстанций, определяющие их субъективную притягательность для индивида и способность вызывать зависимость, обусловлены так называемым подкрепляющим действием, включающим два компонента: положительный и отрицательный.

Положительное подкрепление связано со способностью вещества улучшать субъективное психофизическое состояние, или, иными словами, способностью доставлять удовольствие потребляющему данное вещество индивиду.

Отрицательное подкрепление обусловлено способностью вещества устранять психический или физический дискомфорт. Пациенты наркологической клиники нередко объясняют свое пристрастие к ПАВ желанием избавиться от неприятных переживаний (например, больные алкоголизмом часто мотивируют употребление алкоголя стремлением освободиться от эмоционального напряжения). Из подобных, типичных для наркологических больных, субъективных объяснений можно было бы сделать неверный вывод, что в процессе химической зависимости преимущественно эксплуатируется механизм отрицательного подкрепления. Вместе с тем, практическим специалистам хорошо известно, что устранение психотравмирующих факторов в жизни пациентов или повышение их устойчивости к эмоциональному стрессу, достаточно легко достигаемое с помощью психотропных препаратов, далеко не всегда позволяет добиться прекращения употребления ПАВ (например, алкоголя) и достижения ремиссии аддиктивной болезни. Решающим фактором хронического (непрерывного или рецидивирующего) течения аддиктивных болезней является механизм положительного подкрепления, возникающего при повторном употреблении наркотенного вещества, т.е. способность этого вещества доставлять удовольствие.

Практическое выздоровление (или продолжительная ремиссия) в наркологической практике есть не что иное, как способность зависимого от ПАВ индивида к стойкому отказу от привычного удовольствия.

Это результат, при его кажущейся простоте, оказывается недостижимым для большинства пациентов наркологической клиники.

В основе безремиссионного течения алкоголизма и наркомании нередко лежит нежелание прекращать употребление ПАВ. Стремление к удовольствию, предоставляемому алкоголем или наркотиками, приводит к тому, что эти вещества начинают занимать неподобающе высокое место в иерархии ценностей зависимого от них индивида. Стойкое и мало поддающееся коррекции изменение ценностной ориентации потребителей ПАВ составляет основу аддиктивной деформации личности.

Очевидно, что нейролептики, антидепрессанты или любые другие доступные в настоящее время лекарственные средства не в состоянии оказать сколько-нибудь заметного влияния на деформированную иерархию ценностей у наркологических больных, преодолеть их нежелание отказаться от привычного удовольствия и прекратить прием ПАВ.

Доказательства эффективности психофармакологических подходов к противорецидивной терапии в наркологии, полученные в результате проведения двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, в настоящее время отсутствуют. Это позволяет утверждать, что применение психотропных средств (в том числе нейролептиков) для достижения ремиссии аддиктивных заболеваний вступает в определенное противоречие с современными принципами рациональной фармакотерапии.

При лечении больных опиной (героиновой) наркоманией нейролептики во многих случаях не только не проявляют достаточных клинических эффектов в попытках воздействия на влечение к наркотику, но и приводят к результатам, противоположным ожидаемым. В неблагоприятных случаях наркомании, когда заметного влияния нейролептиков на влечение к ПАВ не отмечается, попытки увеличить дозу препаратов для достижения большего клинического эффекта, как правило, не приносят пользы либо даже, напротив, способствуют усилению аддиктивных мотиваций и негативных тенденций в поведении больных.

Недостаточное влияние нейролептиков на аддиктивные влечения отнюдь не означает, что в наркологической клинике отсутствуют другие показания для применения данного класса психотропных средств. Успешное лечение других типов психических нарушений у лиц, злоупотребляющих ПАВ, и, в первую очередь, расстройств выделяемой нами метааддиктивной категории - психозов и пограничных расстройств невротического, личностного и (в меньшей степени) аффективного регистров - невозможно без использования нейролептиков. Эффективность и безопасность лечения психических расстройств у наркологических больных во многом определяются выбором психотропных средств, в том числе нейролептиков.

В контексте данного обсуждения наиболее важной является сравнительная характеристика четырех нейролептиков: хлорпромазина, галоперидола, клозапина и рисперидона.

Хлорпромазин (аминазин) — первый нейролептик, предложенный для психиатрической практики, и родоначальник класса типичных (классических) нейролептиков. Именно с применения хлорпромазина, а в дальнейшем - и других нейролептиков для лечения шизофрении началась эра психофармакологии в психиатрии, разительно изменившая облик и атмосферу психиатрических больниц, способствовавшая смягчению течения эндогенных психозов, и значительному возрастанию возможностей их социальной адаптации.

Хлорпромазин относится к производным фенотиазина с алифатической боковой цепью, что определяет спектр его фармакологической активности.

Препарат характеризуется достаточной биодоступностью после приема внутрь и эффективен при парентеральном (внутримышечном и внутривенном) введении. Особенность фармакокинетики хлорпромазина состоит в образовании нескольких десятков метаболитов, многие из которых обладают фармакологической активностью, что объясняет продолжительное психотропное действие препарата. С действием активных метаболитов связаны не только фармакологические, но и токсические эффекты хлорпромазина. Хлорпромазин обладает выраженным адренолитическим и антисеротонинергическим действием, обусловленным сродством к адренорецепторам и серотониновым рецепторам 5-HT₂-типа и умеренным ингибирующим воздействием на дофаминовые O₂-рецепторы и еще более слабым аффинитетом к O₂ - рецепторам. Препарат проявляет также значительное антихолинергическое (холинолитическое) действие.

Антисеротонинергическими, антидофаминергическими и, в известной мере, антиадренергическими эффектами хлорпромазина принято объяснять его антипсихотическое действие. Адренолитические эффекты хлорпромазина лежат в основе его угнетающего влияния на гемодинамику, а с антихолинергическим действием связана способность препарата провоцировать помрачение сознания.

Спектр психотропной активности хлорпромазина включает мощное седативное, общезатормаживающее, снотворное и антипсихотическое действие, а также каталептогенное влияние. Антипсихотическое действие хлорпромазина характеризуется отсутствием селективного (избирательного) компонента, поэтому способность препарата устранять бред, галлюцинации и другие продуктивные психопатологические симптомы выражена слабее, чем у многих других нейролептиков. Хлорпромазин применяется в лечении психозов и достаточно успешно купирует различные виды психомоторного возбуждения как у психически больных, так и у лиц, злоупотребляющих

ПАВ. В связи с неизбирательным антипсихотическим воздействием препарат не обладает «обрывающим» действием на острые эндогенные психозы.

Существенными недостатками хлорпромазина являются токсичность, многочисленные побочные эффекты и довольно высокая частота осложнений при его использовании в клинической практике. Соотношение между лечебными и побочными действиями хлорпромазина значительно уступает соответствующим показателям у других типичных и тем более атипичных нейролептиков. Неблагоприятным свойством хлорпромазина, ограничивающим его применение в лечении неотложных состояний у наркологических больных, являются сильное антихолинергическое (холинолитическое) действие и связанная с этим способность провокации острых делириозных психозов. Хлорпромазин, как и другие производные фенотиазина с алифатической боковой цепью, следует крайне осторожно применять (либо вообще воздерживаться от применения) при острых алкогольных психозах и, особенно, при алкогольной энцефалопатии.

Препарат обладает угнетающим воздействием на гемодинамику. В связи с гемодинамическими эффектами препарат нужно с большой осторожностью комбинировать с α_2 -адреномimetиками - клонидином (клофелином) и его аналогами. Клонидин (клофелин) и другие α_2 -адреномimetики широко используются в лечении синдрома отмены опиоидов и несколько реже — в лечении синдрома отмены алкоголя. Эти препараты обладают выраженным гипотензивным действием, и основное их предназначение заключается в лечении гипертонической болезни. Назначение хлорпромазина и других алифатических производных фенотиазина недопустимо при наличии признаков обезвоживания. Различная степень обезвоживания выявляется при поступлении в клинику практически у всех лиц в активной фазе опиоидной зависимости и у многих больных алкоголизмом после продолжительных алкогольных эксцессов. При назначении хлорпромазина необходимо учитывать, что в связи с гепатотоксическим действием он может приводить к утяжелению полиэтиологического поражения печени, характерного для большинства пациентов наркологической клиники, а также вызывать острый лекарственный гепатит. В больших дозах (или при высокой индивидуальной чувствительности) хлорпромазин способен вызывать тяжелые неврологические нарушения (вплоть до злокачественного нейролептического синдрома). В связи с тканевой токсичностью хлорпромазина внутримышечные инъекции препарата в некоторых случаях осложняются развитием абсцессов, а внутривенное введение — острым флебитом.

Несмотря на многочисленные недостатки и невысокую антипсихотическую активность, хлорпромазин до сих пор находит применение в клинической практике.

Показания к использованию хлорпромазина в наркологической клинике в первую очередь представляют острые интоксикационные (но не абстинентные) психозы, например острые психозы, вызванные злоупотреблением кокаином или психостимуляторами амфетаминового ряда.

Хлорпромазин используется для купирования состояния психомоторного возбуждения у наркологических больных. Наряду с другими нейролептиками хлорпромазин смягчает дисфорические реакции и неблагоприятные тенденции в поведении, развивающиеся в постабстинентном состоянии у лиц, страдающих опиоидной зависимостью.

Следует принимать во внимание, что широкое и не всегда обоснованное использование хлорпромазина, известного в России как аминазин, в отечественной клинической практике и тягостный характер его нейролептических эффектов в немалой степени способствовали тому, что у многих пациентов наркологической клиники сформировалось негативное отношение к этому препарату.

Наряду с хлорпромазином представителем класса типичных нейролептиков является галоперидол. Препарат относится к производным бутирофенона и по фармакологическим свойствам существенно отличается от хлорпромазина. Галоперидол эффективен как при парентеральном введении, так и при пероральном приеме.

В отличие от хлорпромазина, галоперидол оказывает преимущественно антидофаминергическое влияние, обладая сильным воздействием на дофаминовые рецепторы D_2 -типа. Воздействие галоперидола на адренорецепторы и серотониновые $5-HT_2$ -рецепторы незначительно. Антихолинергические (холинолитические) эффекты у галоперидола отсутствуют. Благодаря незначительному сродству к адренорецепторам препарат практически не влияет на гемодинамику. Галоперидол обладает сильным антипсихотическим действием. Спектр его психотропной активности наряду с общим (глобальным) антипсихотическим действием включает селективное воздействие на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, что создает ему заметные преимущества в сравнении с хлорпромазином и позволяет использовать препарат в качестве мощного нейролептика «обрывающего» действия при острых эндогенных психозах. Седативный, снотворный и общезатормаживающий эффекты у галоперидола выражены слабее, чем у хлорпромазина. В малых дозах галоперидол оказывает благоприятное воздействие на невротические симптомы, что позволяет успешно использовать препарат в пограничной психиатрии. В наркологической клинике галоперидол применяется для лечения психозов различного генеза. Отсутствие холинолитического действия и незначительное влияние на гемодинамику в сочетании с высокой антипсихотической активностью позволяют считать галоперидол эффективным и сравнительно безопасным

препаратом для лечения алкогольного делирия и абстинентных психозов неалкогольной этиологии.

В свете современных представлений о механизмах, лежащих в основе развития алкогольного делирия и других типичных проявлений алкогольной болезни мозга, патогенетически оправданным в терапии острых алкогольных расстройств является использование тиамина (витамина В1) и препаратов ГАМКергического действия — производных бензодиазепа, барбитуратов и клометиазола. Галоперидол вводится в лечебные схемы при недостаточной эффективности перечисленных лекарственных средств, при выраженном галлюцинозе и тяжелых формах психомоторного возбуждения. При атипичных металкогольных психозах - эндо-формных вариантах белой горячки, острых и хронических алкогольных галлюцинозах и психозах параноидного спектра — галоперидол является одним из нейролептиков первого выбора. Галоперидол эффективен при патологическом алкогольном опьянении и при интоксикационных психозах, вызванных злоупотреблением психостимуляторами амфетаминового ряда, кокаином, галлюциногенами и каннабиноидами. В небольших дозах галоперидол (особенно в сочетании с транквилизаторами) успешно устраняет тревожно-ипохондрические состояния и другие расстройства неврогического спектра у наркологических больных. По совокупности качеств галоперидол может считаться «универсальным» нейролептиком для психиатрической и наркологической практики. Подобно другим типичным нейролептикам, галоперидол способен вызывать акатизию, слюнотечение и экстрапирамидные расстройства. В больших дозах или при повышенной индивидуальной чувствительности лечение галоперидолом может осложняться развитием злокачественного нейролептического синдрома. Как и хлорпромазин, галоперидол вызывает неоднозначное и нередко негативное отношение у больных алкоголизмом и, особенно, у больных наркоманией, что наряду с достаточно высокой частотой возникновения побочных действий и осложнений терапии в определенной мере ограничивает его применение в наркологической практике.

Родоначальником класса атипичных нейролептиков служит клозапин. Оценка клинических эффектов вновь появляющихся атипичных нейролептиков обычно производится в сравнении с клозапином. Клозапин представляет собой производное дибензодиазепа. Препарат эффективен при пероральном приеме. Лекарственные формы клозапина для парентерального применения отсутствуют. Клозапин обладает сильным сродством к холинорецепторам, что обуславливает его выраженные холинолитические свойства и (в числе прочих причин) отсутствие способности вызывать экстрапирамидные нарушения. Клозапин обладает мощным антипсихотичес-

ким действием, включающим в себя как общий, так и селективный компоненты. Помимо антипсихотического действия, клозапин проявляет сильное седативное, общезатормаживающее и снотворное влияние. Особенности психотропных эффектов клозапина сближают его с алифатическими производными фенотиазина, в частности с хлорпромазином.

Антихолинергические (холинолитические) эффекты, с которыми связана способность провоцировать абстинентные психозы и другие состояния помрачения сознания, выражена у клозапина еще сильнее, чем у хлорпромазина. Принципиальное различие между клозапином и хлорпромазином заключается в способности клозапина (как и других атипичных нейролептиков) оказывать влияние на негативные (в том числе так называемые дефицитарные) симптомы шизофрении.

Несмотря на появление новых атипичных нейролептических средств, клозапин не утратил своего клинического значения до сих пор. Препарат широко используется в психиатрической практике, в первую очередь - для лечения шизофрении.

Благодаря мощному антипсихотическому действию с преобладанием снотворно-седативного компонента клозапин эффективно купирует состояние психомоторного возбуждения различного генеза.

В связи с отсутствием экстрапирамидных эффектов препарат может назначаться больным с органическими заболеваниями мозга. При этом необходимо принимать во внимание, что при заболеваниях, повышающих делириозную готовность, препарат должен назначаться с осторожностью.

В наркологической практике клозапин может применяться для лечения острых интоксикационных (но не абстинентных) и хронических психозов.

Клозапин является одним из препаратов выбора для лечения затяжных расстройств сна у больных героиновой наркоманией и другими формами опиоидной зависимости. При этом препарат, в связи с выраженными холинолитическими свойствами и способностью провоцировать развитие делирия, назначается по минованию острых проявлений синдрома отмены опиоидов. Необходимость замены бензодиазепинов и других препаратов снотворно-седативной группы нейролептиками при продолжительных расстройствах сна в постабстинентный период определяется нарастающей толерантностью к транквилизаторам и снотворным средствам и тенденцией к формированию вторичной зависимости от них. Клозапин, в отличие от хлорпромазина и других нейролептиков с преобладанием седативного действия, отличается высокой эффективностью при диссомниях в сочетании с умеренно выраженным последствием. Благоприятное действие клозапина при хронических нарушениях сна служит, по-видимому, главной причиной того, что этот препарат —

практически единственный из нейролептиков — подвергается немедицинскому употреблению больными наркоманией и присутствует в сфере незаконного оборота ПАВ. К числу серьезных недостатков клоза-

пина, ограничивающих его клиническое применение, относится токсическое влияние, в том числе угнетающее действие на кроветворение и способность вызывать агранулоцитоз.

ГЛИАТИЛИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Л. Б. Кузембаева, Н. К. Успанов, С. Б. Имандосова

Глиатилин (холина альфосцерат) является новым соединением, относящимся к группе центральных холиномиметиков с преимущественным влиянием на ЦНС. В состав препарата входит 40,5% метаболитически защищенного холина. Метаболическая защита обеспечивает высвобождение холина в головном мозге. Глиатилин оказывает значительное положительное влияние на интеллектуально-мнестические функции, а также на показатели эмоционального состояния и поведения. При попадании в организм холина альфосцерат расщепляется под действием ферментов, с одной стороны - на холин, увеличивает синтез ацетилхолина, что в свою очередь положительно влияет на нейротрансмиссию, с другой стороны - является донором глицерофосфата, который участвует в синтезе фосфатидилхолина (мембранного фосфолипида), в результате улучшается мембранная эластичность и функция рецепторов, что положительно влияет на синаптическую трансмиссию.

Цель исследования:

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности и переносимости препарата глиатилин при лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии.

В задачи работы входило изучение динамики клинической картины заболевания и психометрических показателей при 3 - месячном наблюдении на фоне терапии глиатилином и в сроки до 6 месяцев.

Материалы и методы исследования:

В испытание были включены 24 больных (10 женщин, 14 мужчин), страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии.

Критерием включения в испытание являлись: больные хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии.

Критериями исключения из исследования служили: болезнь Альцгеймера, злокачественная гипертония, опухоли, почечная и печеночная недостаточность, сахарный диабет, наличие в анамнезе мнестиче-

ско-интеллектуальных нарушений, эпилепсия, беременность.

Клиническая характеристика больных

Обследовано 24 больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии. Распределение по полу было следующее: 10 (41,7%) женщин и 14 (58,3%) мужчин. Возраст больных колебался от 37 до 50 лет, составив, в среднем, $45,0 \pm 1,0$ года. Длительность злоупотребления алкоголем составила от 10 до 15 лет. Проявления энцефалопатии отмечались у пациентов в течение 2 - 3 лет. В 13 (54,2%) случаях имели место соматические и неврологические осложнения алкоголизма, такие как – алкогольный гепатит, хронический холецисто-панкреатит, алкогольная полинейропатия, хронический пиелонефрит.

Испытание проводили открытым методом. Глиатилин назначали в виде монотерапии по 1,0 г (1 ампула) внутривенно в течение трёх дней, затем по 1 капсуле (400 мг) 3 раза в день до еды. Все другие препараты с аналогичной мозговой деятельностью были отменены до начала лечения. Длительность курсового лечения составила 3 месяца. Терапия осложнений алкоголизма разрешалась, но полностью исключалось применение вазоактивных и психотропных препаратов на момент назначения глиатилина.

Оценка эффективности лечения больных глиатилином основывалась на результатах клинического осмотра, исследования неврологического и психического статуса.

Исследование эффективности действия препарата на состояние высших психических функций проводилось с использованием комплекса психологических методик, включавших в себя:

- исследование объема внимания по таблицам Шульце;
- исследование объема оперативной и кратковременной памяти по времени запоминания 10 слов А. Р. Лурия и качеству воспроизведения;
- исследование продуктивности и точности внимания по корректурной пробе Бурдона;

г) двигательные пробы для исследования кинетических процессов по коэффициенту асимметрии и количеству ошибок.

Характеристика группы больных до лечения

Клиническая характеристика.

Основными жалобами исследованных больных были:

- снижение памяти – 24 больных (100%);
- цефалгия - 20 больных (83,3%);
- головокружение - 18 больных (82%);
- нарушение сна - 16 больных (73%);
- утомляемость - 22 больных (100%);
- нарушение координации движений - 8 больных (36%).

При этом 5 из 6 описанных симптомов отмечались у 16 (73%) больных. У 22 (91,6%) больных имели место все 6 симптомов.

Неврологическая симптоматика обследованных больных была представлена преимущественно неустойчивостью при пробе Ромберга (49%), оживлением сухожильных и периостальных рефлексов (58%), спонтанным горизонтальным нистагмом (19%).

Среднее систолическое артериальное давление до лечения составило $130,0 \pm 2,8$ мм рт. ст., среднее диастолическое – $80,0 \pm 2,9$ мм рт. ст. Среднее значение пульса составило $69,8 \pm 1,6$ ударов в минуту.

Нейропсихологическая характеристика.

Средний показатель объема внимания в обследованной группе больных до лечения был снижен у 24 (100%) пациентов. Объем оперативной памяти был снижен в легкой степени у 8 (33,3%) больных, в средней – у 10 (41,7%) больных, в тяжелой у 6 (25%) больных. Среднегрупповые показатели объема оперативной и кратковременной памяти, а также скорости счетных (интеллектуальных) операций указывали на среднюю степень снижения данных функций.

Основные типы допущенных больными ошибок при выполнении психологических тестов говорили о нарушении протекания психических процессов – торможении, инертности, аспонтанности.

В целом по результатам анализа выполнения больными психологических тестов до лечения степень снижения у них высших психических функций была определена как средняя.

Результаты лечения

Клиническая характеристика.

Клиническое наблюдение за больными в ходе испытания выявило улучшение состояния у всех 24 (100%) больных, выразившееся в уменьшении тяжести клинических симптомов болезни.

Динамика частоты выявления клинических симптомов на фоне лечения глиатилином представлена в диаграммах 1 и 2.

Диаграмма 1

Динамика частоты выявления клинических симптомов на фоне лечения глиатилином

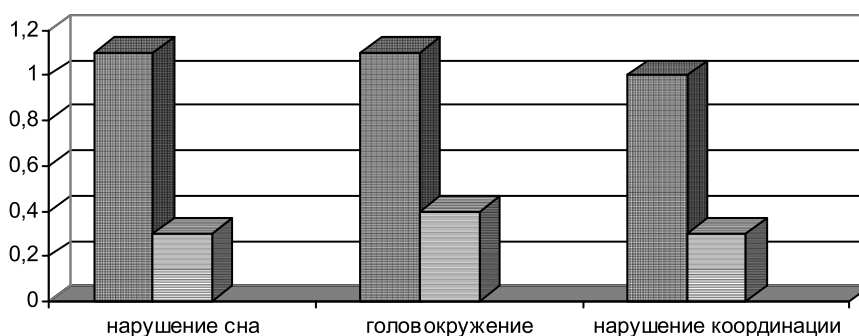
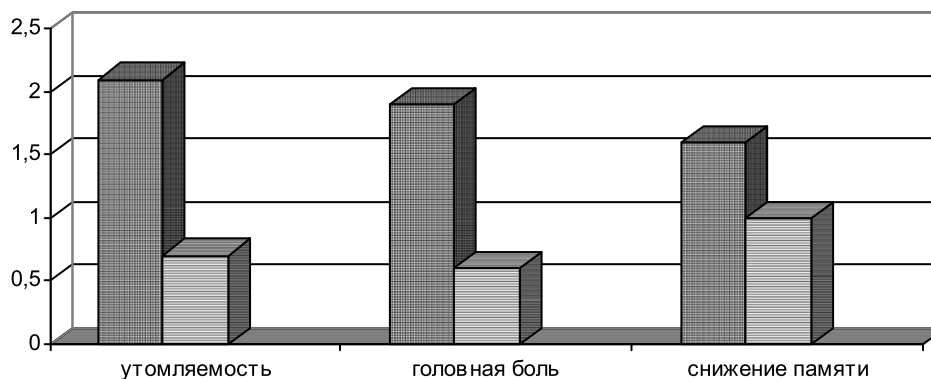


Диаграмма 2



Данные диаграмм показывают, что к середине курса лечения наибольший эффект глиатилина отмечался в отношении головной боли и утомляемости – 79% и 67% соответственно. Подавляющее большинство пациентов перестали жаловаться на нарушение сна и головокружение – 69% и 65% соответственно. К концу курса лечения улучшение памяти отмечалось у 87% больных. Положительный эффект на запоминание и воспроизведение отмечался как в зрительной, так и в слухоречевой памяти. Результаты сложных в когнитивном отношении тестов свидетельствуют о способности глиатилина влиять на наиболее подвижные составляющие когнитивной деятельности, такие как способность одновременно решать несколько задач, устойчивость к интерференции, активный поиск следа памяти. Данные функции тесно связаны с уровнем произвольного внимания. Так по данным нейропсихического исследования, проведенного Л.С. Кругловым (1999), улучшение проявляется преимущественно уменьшением утомляемости и увеличением умственной работоспособности с одновременным достижением большей устойчивости внимания.

Другая когнитивная сфера, в которой была зафиксирована положительная динамика под влиянием терапии, – это психомоторные функции. После лечения у 83% пациентов улучшилось выполнение пробы на реципрокную координацию.

Гемодинамические показатели на фоне лечения глиатилином оставались стабильными.

Оценка клинической эффективности глиатилина проводилась по окончании лечения, как больным, так и врачом от «0» – нет эффекта или ухудшение, до «3» – значительное улучшение. Так, 10 больных оценили свое состояние как значительное улучшение, 11 больных – как умеренное улучшение и остальные 3 – как незначительное улучшение.

Ухудшение самочувствия не отметил ни один из больных. Общая оценка эффективности коррелировала с уменьшением интенсивности симптомов, при этом оценки, данные врачом и пациентом, в высокой степени совпадали.

Нейропсихологическая характеристика.

К середине курса лечения (день 45) количество больных с нормальными показателями объема внимания увеличилось до 14. Увеличение среднегрупповой величины объема внимания сопровождалось уменьшением количества допущенных больными ошибок и увеличением показателя продуктивности внимания за единицу времени.

На фоне лечения глиатилином отчетливо улучшилась двигательная активность больных, сократилась двигательная асимметрия, что отразилось в положительной динамике показателей выполнения больными кинетических проб.

Позитивные изменения к 45-му дню лечения коснулись и продуктивности речемыслительной дея-

тельности больных, динамики ее протекания. Кроме того, увеличился объем оперативной и кратковременной памяти, сократилось время запоминания и процент ошибок при воспроизведении, улучшилась счетная деятельность.

Сопоставление результатов фонового исследования с данными в «день 45» выявило значимое улучшение точности внимания, реципрокной координации, ряда показателей ассоциативных проб, объема оперативной памяти, времени запоминания и ошибок в счетных операциях. Перечисленные позитивные изменения свидетельствовали об улучшении механической памяти, повышении работоспособности, снижении утомляемости и заторможенности интеллектуальных процессов.

В период второй половины курса лечения отмечалось дальнейшее улучшение по большинству психометрических показателей. Так, значимые позитивные различия при исходном и финальном исследовании касались объема внимания, ошибок в пробе на реципрокную координацию, большинства показателей ассоциативных проб, объема кратковременной и оперативной памяти, времени запоминания и ошибок воспроизведения, а также времени и ошибок счетных операций.

Катамнез: полученные результаты послужили основанием для продолжения исследования, целью которого явилась проспективная оценка эффективности проведенного лечения. Было проведено клинико-психологическое обследование 15 больных (7 женщин и 8 мужчин) в сроки от 3 до 6 месяцев. Полученные результаты оказались весьма обнадеживающими. Так, ни один из 15 пациентов не отметил ухудшения состояния за истекший после лечения период. Оценка больными клинических симптомов болезни к моменту осмотра была не хуже таковой непосредственно после лечения и по-прежнему лучше, чем до его начала. Психологические исследования включали в себя, как и раньше, оценку памяти, внимания, счета, кинетики и вербальных ассоциаций. Исследование внимания показало, что состояние данной функции не только осталось значимо лучше, чем до лечения, но и несколько улучшилось в сравнении с результатами после 3 - месячного приема глиатилина. При исследовании памяти и качества счетных операций было установлено, что состояние этих функций в катамнезе оставалось у обследованных больных лучше исходного. Реципрокная координация и ассоциативная функции также сохранялись в позитивном состоянии в сравнении с результатами до лечения глиатилином.

Заключение

Проведенное исследование показало хорошую переносимость глиатилина и его высокую эффективность в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с симптомами алкогольной эн-

цефалопатии. Терапевтическое действие препарата проявилось в виде уменьшения тяжести клинических симптомов алкогольной энцефалопатии вплоть до их полного регресса. Нейропсихологический контроль лечения выявил позитивную динамику во всех пяти сферах психической деятельности больных: внимание, память, кинетика, вербальные ассоциации и счет. Наиболее отчетливое улучшение наблюдалось в показателях речемыслительной деятельности, памяти и интеллектуальных операций, что свидетельствовало о повышении работоспособности больных, снижении их утомляемости и инертности интеллектуальных процессов, что в свою очередь оказывает благоприятное влияние на результативность лечения и длительность ремиссии хронического алкоголизма.

Выводы

Результаты проспективного клинико-психологического исследования 15 больных, страдающих хроническим алкоголизмом с симптомами алкогольной энцефалопатии в сроки от 3 до 6 месяцев после лечения глиатилином показали стабильность позитивных изменений клинических проявлений алкогольной энцефалопатии и исследованных психологических функций (память, внимание, счет, кинетика, ассоциации.) в сравнении с исходными. Полученные данные позволяют заключить, что 3 - месячный курс лечения глиатилином в дозе 120 мг/сутки дает положительный клинический результат сроком до 6 месяцев, что, в свою очередь, влияет на течение, результативность лечения, длительность ремиссии хронического алкоголизма.

Литература:

1. Лурия А. Р. *Высшие корковые функции человека*. 2-е изд. - М., 1969.
2. Морозов Г. В., Рожнова В. Е. *Алкоголизм*. - 1983.
3. Ураков И. Г., Куликов В. В. *Хронический алкоголизм*. - 1977.
4. Дамулин И. В., Захаров В. В. *Дисциркуляторная энцефалопатия*. - 2000.
5. Буров Ю. В., Ведерникова Н. Н. *Нейрохимия и фармакология алкоголизма*. - 1985.
6. Friedman L. S., Fleming N. F. *Source book of substance abuse and addiction*. 2000.

ПРОЕКТ ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНЪЕКЦИОННЫХ КУСТАРНО ИЗГОТАВЛИВАЕМЫХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

А. Н. Рамм, В. В. Башилов, Н. А. Иманбердиев, О. В. Лаврентьев

К началу 21 века в Казахстане сложилась угрожающая ситуация, связанная со стремительным ростом потребления наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ). С ростом числа лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, расширяется и «ассортимент» ПАВ. На фоне постоянного увеличения распространения наркотизма в последнее время наблюдается появление новых, практически неизвестных ранее форм наркотической зависимости, отмечается использование с аддиктивной целью новых наркотических веществ, среди которых растёт удельный вес синтетических и полусинтетических препаратов. Использование новых прекурсоров и рецептур изготовления отмечено во многих современных исследованиях.

На рубеже тысячелетий в отечественной и российской медицинской литературе появился ряд публикаций, посвященных различным аспектам наркомании, возникающей при злоупотреблении стимулятором, изготовленным путем кустарной модификации фенилпропаноламина (ФПА). Эти

кустарно изготавливаемые психостимуляторы существенно отличаются от других препаратов этой группы высокими токсическими и наркогенными свойствами, способностью индуцировать психотические состояния, что необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий; кроме того, регулярное использование их в течение достаточно короткого времени приводит к грубым психическим и соматоневрологическим нарушениям. Появление в ассортименте потребителей наркотиков дешевого и легко синтезируемого психостимулятора, вызывающего выраженные психические и неврологические нарушения, потребовало пристального изучения эффективности различных методов лечения данной патологии. Результатом проводимого в этой сфере в течение 4 лет исследования стало создание протоколов диагностики и лечения стационарного уровня для больных, зависимых от фенилпропаноламина. Ниже в качестве примера приводится протокол 1 этапа лечения.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления инъекционных психостимуляторов (эфедрон, первитин, фенилпропаноламин и д.р.)**1 этап**

Код протокола: Н – Т - xxx (терапевтический профиль, стационар)

Длительность этапа: 20 - 40 дней

Код (коды) по МКБ - 10:

F15.1 Употребление инъекционных психостимуляторов с вредными последствиями.

F15.2 Синдром зависимости в результате употребления инъекционных психостимуляторов.

F15.3 Синдром отмены при злоупотреблении инъекционными психостимуляторами.

F15.7 Резидуальное психическое расстройство и психическое расстройство с поздним дебютом в результате употребления инъекционных психостимуляторов.

Определение: Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приёму в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

Классификация (см. Код (коды) по МКБ - 10)

Показания для госпитализации (плановая):

- острая интоксикация неосложненная;
- синдром зависимости. Активное/эпизодическое употребление;
- состояние отмены неосложненное;
- наличие резидуальных соматических, неврологических и/или психических расстройств, вызванных злоупотреблением инъекционными психостимуляторами.

Диагностические критерии

Критерии употребления инъекционных психостимуляторов с вредными последствиями (F15.1):

- должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению;
- природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной;
- характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

Критерии синдрома зависимости от инъекционных психостимуляторов (F15.2) (для постановки диагноза требуется наличие не менее 3 из нижеперечисленных) (по МКБ - 10):

- сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества;

- сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества;
- состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены;
- повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту;
- поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов;
- продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Критерии состояния отмены инъекционных психостимуляторов (F15.3) (по МКБ-10):

- доказательство отмены или снижения дозы психоактивного вещества после повторного и/или длительного потребления в высокой дозе;
- наличие признаков синдрома отмены (не менее 3-х):
 - а) сильное желание принять психостимулятор;
 - б) депрессия (в том числе с суицидными тенденциями);
 - в) чувство повышенной утомляемости;
 - г) психомоторная заторможенность или беспокойство;
 - д) повышение аппетита;

- е) бессонница или повышенная сонливость;
- ж) причудливые или неприятные сны;
- состояние невозможно объяснить независимой от употребления вещества соматической патологией или иным психическим заболеванием.

Критерии резидуального психического расстройства и психического расстройства с поздним дебютом в результате употребления инъекционных психостимуляторов (F15.7) (по МКБ-10):

- нарушения, соответствующие критериям отдельных синдромов, должны быть отчетливо связаны с приемом психоактивного вещества.

Перечень диагностических мероприятий

Перечень исследований перед плановой госпитализацией:

- 1) консультация врача нарколога;
- 2) исследование крови на маркеры ВИЧ;
- 3) исследование крови на маркеры вирусных гепатитов В и С;
- 4) реакция Вассермана (RW);
- 5) консультация врача-инфекциониста;
- 6) флюорография органов грудной клетки;
- 7) консультация врача-фтизиатра (в случае патологии органов грудной клетки на флюорограмме).

Перечень основных диагностических мероприятий

1. Клиническая диагностика:
 - а) консультация нарколога;
 - б) консультация психотерапевта;
 - в) консультация невропатолога;
 - г) консультация терапевта;
 - д) консультация физиотерапевта;
 - е) унифицированная шкала болезни Паркинсона (UPDRS).
2. Лабораторная диагностика:
 - а) общий анализ крови (7 параметров: лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, средний объем эритроцита, тромбоциты, содержание лимфоцитов в %, содержание нейтрофилов в %);
 - б) общий анализ мочи;
 - в) определение мочевины и остаточного азота;
 - г) определение общего белка;
 - д) определение АЛТ и АСТ;
 - е) определение сахара крови;
 - ж) определение билирубина;
 - з) тимоловая проба.
3. Функциональная диагностика:
 - а) электроэнцефалография (ЭЭГ);
 - б) реоэнцефалография (РЭГ);
 - в) эхоэнцефалография.
4. Психологическая диагностика:
 - а) таблицы Шульте;
 - б) счёт по Крепелину;
 - в) тест Лурии (методика заучивания 10 слов);
 - г) «корректирующая проба».

Перечень дополнительных диагностических мероприятий

1. Клиническая диагностика: консультации узких специалистов (хирурга, гинеколога, инфекциониста, фтизиатра, психиатра, СПИДолога, уролога, отоларинголога, окулиста, стоматолога) - по показаниям;
2. Лабораторная диагностика (по показаниям):
 - а) определение диастазы;
 - б) определение уровня цианокоболамина (витамин В 12);
 - в) определение белковых фракций;
3. Функциональная диагностика (по показаниям):
 - а) вызванные потенциалы (ВП);
 - б) электронейромиография (ЭМГ);
 - в) ультразвуковая доплерография (УЗДГ);
 - г) полисомнография;
 - д) ЭКГ.
4. Психологическая диагностика (по показаниям):
 - а) миннесотский многошкальный личностный опросник ММРІ;
 - б) тест Р. Кеттелла «Шестнадцать личностных факторов, 16PF;
 - в) личностный опросник Айзенка ЕРІ;
 - г) опросник Шмишека;
 - д) опросник интерперсональных отношений Т. Лири;
 - е) методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП).
5. Тест зрительной ретенции Бентона:
 - а) самооценочная шкала депрессии;
 - б) шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера;
 - в) методика определения уровня субъективного контроля УСК;
 - г) метод Розенцвейга;
 - д) тест Люшера;
 - е) методика «Пиктограмм»;
 - ж) методика «Классификация»; методика: «Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Существенные признаки», «Сравнение понятий»;
 - з) понимание сюжетных картин;
 - и) тест Векслера WAIS.
6. Лучевая диагностика (по показаниям):
 - а) УЗИ: органов брюшной полости;
 - б) рентгенография;
 - в) МРТ мозга;
 - г) КТ мозга.

Тактика лечения

Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматоневрологический статус.
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу.
3. Патологический личностный статус.

4. Нормативный личностный статус.
5. Дефицитарный социальный статус.
6. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Цели лечения:

- выведение из организмов ионов марганца и противодействие его токсическим эффектам;
- купирование проявлений патологического влечения;
- коррекция аффективных, интеллектуально-мнестических, поведенческих, диссомнических и других психопатологических нарушений;
- интенсивная терапия соматических и неврологических осложнений, преморбидной патологии;
- формирование установки на отказ от употребления наркотиков и позитивный образ жизни.

Немедикаментозное лечение

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия:

- обеспечение воздержания от употребления наркотиков с периодической диагностикой их наличия в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования;
- определение уровня реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий); формирование мотивации на участие в программе МСР;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к наркотику;
- адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения;
- идентификация наркотических веществ и их метаболитов в моче с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования.

Основные психотерапевтические мероприятия: терапевтическое сообщество, мотивационная психотерапия, рациональная групповая психотерапия, дискуссионная групповая психотерапия, индивидуальное мотивационное консультирование, консультация инструктора (консультанта) по зависимости.

Дополнительные психотерапевтические мероприятия: когнитивно - поведенческая психотерапия, интегративно-развивающая психотерапия, гипносуггестивная психотерапия.

Медикаментозное лечение:

1. Алгоритм коррекции диссомнических расстройств: золпидем – до 20 мг/сутки; зопиклон – до 15 мг/сутки; диазепам – до 30 мг/сутки; нитразепам – до 30 мг/сутки; при наличии стойкой диссомнии, резистентной к вышеуказанным препаратам – клозапин до 75 мг/сутки. Приём суточной дозы однократный, на ночь; длительность терапии – до кор-

рекции расстройств, с постепенной (3 - 5 дней) отменой, но не более 2 недель.

2. Алгоритм специфической противомарганцевой терапии: для пациентов с малым сроком формирования неврологических расстройств рекомендуется назначение курса внутривенных инфузий СаNa₂ЭДТА (кальций-динатриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты) (20 мл 10% раствора, разведенного в 400 мл 0,9% NaCl, через день, № 15); в случае большой длительности заболевания (свыше 6 месяцев) эффективность препарата минимальна.

3. Алгоритм терапии нейролептиками: с целью коррекции поведенческих нарушений препаратами выбора являются атипичные нейролептики: оланзапин (15 - 20 мг/сутки), клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сутки; пролонгированный рисперидон для инъекций (25 мг); галоперидол – одно - двукратные инъекции до 10 мг (с обязательным использованием корректоров!).

4. Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью коррекции аффективных нарушений (с учётом ведущего психопатологического радикала депрессии – апатического, тревожного или дисфорического) препаратами выбора являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): циталопрам (до 80 мг/сутки), флувоксамин (до 150 мг/сутки), флуоксетин (до 80 мг/сутки); современные трициклические антидепрессанты (ТЦА): тианептин (до 50 мг/сутки). Длительность – не менее 4 недель с постепенной отменой.

5. Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к ПАВ: с целью подавления патологического влечения к ПАВ (антикревинговый эффект) – нейролептики (рисперидон 4 - 8 мг/сутки в форме раствора), антидепрессанты (тианептин до 50 мг/сутки, флувоксамин до 150 мг/сутки, amitриптилин до 80 - 100 мг/сутки); бензодиазепины (диазепам до 40 мг/сут, феназепам – до 5 мг/сутки), антиконвульсанты (карбамазепин до 600 мг/сутки); физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, гальванический воротник, электрофорез, транскраниальная электроаналгезия, электросон, дарсонвализация, сауна, ЛФК).

6. Алгоритм терапии астенического синдрома: витамины группы В(В1, В6, В12 и др.) повторными курсами до 15 дней; С (0,1 - 0,2 г/сутки до 20 дней). Физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, инфита-терапия, гальванический воротник, электрофорез, транскраниальная электроаналгезия, электросон, дарсонвализация области головы и шейно-воротниковой зоны, массаж, сауна, ЛФК).

7. Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: ноотропы (пирacetам до 2,5-3,0 мг/сутки, в том числе внутривенное введение 20% раствора – до 40-50 мл/сутки; фенотропил – до 500 мг/сутки; пантогам – до 3,0 г/сутки), препараты диализата и гидролизата крови животных (церебролизин – по 5 - 10 мл/сутки № 15 - 20; актовегин – 4,0 мл/сутки

№ 15), винпоцетин (15-20 мг/сутки). Длительность терапии – не менее 2 месяцев (для инъекционных препаратов – повторные курсы до 15 - 20 дней). Физioterapia (акупунктура, рефлексотерапия, гальванический воротник, транскраниальная электроаналгезия, электросон, инфрита-терапия, дарсонвализация области головы и шейно-воротниковой зоны, массаж, ЛФК).

8. Алгоритм терапии паркинсоноподобных расстройств: антиацетилхолинергические средства (тригексифенидил – до 6 мг/сутки; среднесуточная дозировка – 1 - 2 мг), препараты амантадина (амантадина гидрохлорид – до 400-500 мг/сутки), ДОФА-содержащие препараты (в том числе комбинированные препараты), агонисты дофаминовых рецепторов (бромокриптин – до 15 мг/сутки).

9. По показаниям с общеукрепляющей целью и для лечения сопутствующих соматических заболеваний (нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем и пр.): КВЧ (крайне высокие частоты), УВЧ (ультра высокие частоты), УФО (ультрафиолетовое облучение), СМВ, ДМВ, лазеротерапия, магнитотерапия, СМТ - терапия, ДДТ - терапия, электростимуляция, УЗТ - терапия.

Дальнейшее ведение: перевод пациента на 2 этап.

Перечень основных медикаментов:

1. Зопиклон 7,5 мг, (таблетки).
2. Кислота аскорбиновая 5% -1,0 мл (ампулы).
3. Клозапин 25 мг (таблетки).
4. Леводопа 100 мг + бенсеразид 25 мг (таблетки).
5. Натрия хлорид 0,9% р - р для инфузий 400 мл (флакон).
6. Пирацетам 20% - 5мл (ампулы).
7. Пирацетам 400 мг, (таблетки).
8. Пиридоксин 5% - 1мл (ампулы).
9. Селимарин + фумарин (капсулы).
10. Тиамин 5% -1 мл (ампулы).
11. Токоферола ацетат (капсулы)
12. Тригексифенидил 2 мг (таблетки).
13. Фенотропил 100 мг, (таблетки).
14. Флувоксамин 50 мг, (таблетки).
15. Флуоксетин 50 мг, (таблетки).
16. Церебролизин 5,0 мл (ампулы).
17. Цианокобаламин 0,05% -1,0 мл (ампулы).

Перечень дополнительных медикаментов:

- 1) CaNa₂ ЭДТА (кальций-динатриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты) 10% - 20 мл (ампулы).
- 2) Амантадина гидрохлорид 100 мг, (таблетки).
- 3) Амброксол 30 мг (таблетки).
- 4) Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл (ампулы).
- 5) Амитриптилин 2,5% - 2мл (ампулы).
- 6) Амитриптилин 25 мг (таблетки).
- 7) Ацетилсалициловая к-та 500 мг (таблетки).
- 8) Бисакодил 5 мг (таблетки).
- 9) Бромокриптин 2,5 мг, (таблетки).

- 10) Винпоцетин 2 мл амп.
- 11) Винпоцетин 5 мг, (таблетки).
- 12) Галоперидол 0,5% - 1мл (ампулы).
- 13) Гентамицин 4% - 1,0 мл (ампулы).
- 14) Гинкго Билоба 40 мг, (таблетки).
- 15) Декстран-70 -200 мл флак.
- 16) Декстроза, р-р для инфуз. 5% 400 мл флак.
- 17) Диклофенак натрия 2,5% 3,0 мл (ампулы).
- 18) Дифенгидрамин 1% -1,0 мл (ампулы).
- 19) Дротаверин 2,0 мл (ампулы).
- 20) Золпидем 10 мг, (таблетки).
- 21) Карбамазепин 200 мг, (таблетки).
- 22) Кетопрофен 50 мг, (таблетки).
- 23) Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия и магния, суспензия, 70 мл.
- 24) Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5 мл., амп.
- 25) Ко-тримаксозол (бисептол 480) (таблетки).
- 26) Левомепромазин 2,5% 1,0 мл (ампулы).
- 27) Левомепромазин 25 мг, (таблетки).
- 28) Лоперамид 2 мг капсулы
- 29) Метаклопрамид 10 мг, (таблетки).
- 30) Метронидазол 250 мг (таблетки).
- 31) Милнаципрам 50 мг, (таблетки).
- 32) Никотиновая кислота 1% - 1,0 мл (ампулы).
- 33) Нистатин 500 тыс. ед. (таблетки).
- 34) Нитразепам 5 мг, (таблетки).
- 35) Оланзапин 10 мг, (таблетки).
- 36) Панкреатин 10000 ЕД (таблетки).
- 37) Пантогам, сироп 10% 100 мл флак.
- 38) Парацетамол 500 мг, (таблетки).
- 39) Прокаин 0,5% -5,0 мл (ампулы).
- 40) Пролонгированный рисперидон для инъекций (25 мг)
- 41) Ранитидин 300 мг (таблетки).
- 42) Рисперидон 2 мг, (таблетки).
- 43) Рисперидон сироп 1 мг/мл 30 мл, флакон.
- 44) Сертралин 50 мг, (таблетки).
- 45) Спирт 70% 200 мл
- 46) Тианептин 12,5 мг, (таблетки).
- 47) Уголь активированный 250 мг (таблетки).
- 48) Феназепам 1 мг, (таблетки).
- 49) Фуросемид 1% - 2,0 мл (ампулы).
- 50) Хлорпромазин 2,5% - 2мл (ампулы).
- 51) Цефазолин 1,0 (ампулы).
- 52) Ципрофлоксацин 500 мг (таблетки).
- 53) Циталопрам 10 мг, (таблетки).
- 54) Эналаприл 5 мг, (таблетки).

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование абстиненции;
- отсутствие проявлений патологического влечения к наркотику и диссомнических расстройств;
- отсутствие или небольшая выраженность аффективных, поведенческих и других психопатологических нарушений;

- наличие позитивной динамики в соматической и неврологической сферах, редукция интеллектуально-мнестических рас-

стройств;

- наличие установки на отказ от употребления наркотиков и позитивный образ жизни.

Список используемой литературы

1. Dackis C. A., Gold M. S. Addictiveness of central stimulants // *Agv. Alcohol. and Subst. Abuse.* – 1990. – Vol. 9, N. 1 - 2. – P. 9 - 26.
2. Giannini A. J., Malone D. A., Giannini M. C., Price W. A. and Loisel R. H. Treatment of depression in chronic cocaine and phencyclidine abuse with desipramine// *J. Clin. Pharmacol.* – 1986. – Vol. 26. – P. 211.
3. Kalix P. Cathinone, a natural amphetamine // *Pharmacol, Toxicol.* 1992. – Vol.70, №2. – P. 77 - 86.
4. Rylander G. Psychoses and the punding and choreiform syndromes in addiction to central stimulant drugs/ / *Psychiat., Neurolog., Neurochir.* – 1978. – V. 75, №3. – P. 203 - 212.
5. Исмаилова Т. Ф. Особенности клинических проявлений токсической энцефалопатии, вызванной злоупотреблением суррогатных психоактивных веществ, содержащих марганец. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М. 2005. – 27 с.
6. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости: 22 доклад // ВОЗ. – Женева, 1987. – 31 с.
7. Кошелева Т. С. Стойкие психические расстройства вследствие злоупотребления психостимуляторами с амфетаминоподобным действием. Автореф. дисс. ...с канд. мед. наук. М. – 2005. – 31 с.
8. Кулагина Н. Е. Варианты течения и клинических проявлений эфедроновой и первитиновой наркоманий. Авт. дис. ...канд. мед. наук. – М. – 1992. – 24 с.
9. Левин О. С., Н. В. Федорова, Р. А. Амосова, В. Р. Шток. Эфедроновый паркинсонизм // *Неврологический журнал.* – 2000. - №2. – С. 8 - 15.
10. Лукачер Г. Я., Ласкова Н. Б., Марсакова Г. Д., Врублевский А. Г., Рохлина М. Л., Кулагина Н. Е., Стрелец Н. В., Назаров В.В. Наркомании, вызванные кустарно приготовленными препаратами из эфедрина. // *Метод. Рекомендации.* – М.: МЗ СССР. – 1990. – 25 с.
11. Надеждин А. В., Тетенова Е. Ю., Хохлов С. Е., Авдеев С. Н. Злоупотребление амфетаминоподобными веществами, кустарно изготовленными на основе фенилпропаноламина // *Вопросы наркологии.* – 2000. - №1. – С. 45 - 49.
12. Найденова Н. Г. Психопатологический синдромокинез при различных вариантах эфедроновой наркомании // *Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: Сборник научных трудов 2-го МОЛМИ под ред. И. П. Пятницкой.* – М. – 1990. – С.48-54.
13. Найденова Н. Г., Найденова И. И., Власова И. Б. Фенилпропаноламинавая токсикомания // *Вопросы наркологии.* – 2000. - №4. – С. 16 - 22.
14. Носатовский И. А. Фенилпропаноламинавая наркомания. Авт. дис. ...докт. мед. наук, М. - 2007
15. Попов Ю. В., Вид В. Д. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ // *Русский медицинский журнал.* 1998. Т. 6. № 2. С. 88 - 101.
16. Рохлина М. Л. Клиника наркоманий и токсикоманий. // *Руководство по наркологии под ред. Н.Н.Иванца.* – М.: «Медпрактика». – 2002. – Т.1. – С. 269 - 366.
17. Рохлина М. Л., Козлов А. Л. Психоорганический синдром у больных наркоманиями // *Вопросы Наркологии.* 2000. № 3. С. 29 - 35.
18. Селедцов А. М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами (психопатология, клиника, патогенез, терапия). Авт.дисс. ...док. мед. наук. Кемерово, 1994.
19. Тузикова Ю. Б. Случаи зависимости от нового самодельного психостимулятора на основе фенилпропаноламина // *Вопросы наркологии.* – 2000. - №1. – С. 49 - 55.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

СУДЕБНО-НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ И НАРКОТИКАМИ, В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Т. О. Винокурова, А. С. Ракишева, Н. Ф. Загребельный

В последние годы в новых экономических условиях участились случаи нарушения гражданских прав лиц, употребляющих ПАВ, а также членов их семей. Находясь под воздействием ПАВ, эти лица оказываются неспособными отстаивать свои имущественные интересы и становятся объектом манипуляций со стороны различного рода мошенников.

Практика работы судов показывает, что в последнее время все чаще возбуждаются дела по признанию той ли иной юридической сделки (обычно это купля-продажа недвижимости) недействительной на основании того, что один из участников сделки находился в состоянии опьянения тем или иным ПАВ либо в «состоянии запоя». Это и оказывается в последующем предметом судебно-наркологического экспертного исследования в рамках судебного разбирательства.

Согласно современным взглядам судебной наркологии на данную проблему, несмотря на присутствующие при этом психические нарушения и особенно расстройство критических способностей, лицо в состоянии простого алкогольного опьянения или непсихотической формы наркотического опьянения сохраняет возможность понимать значение своих действий и руководить ими. А это означает, что все совершенные им в таком состоянии юридические сделки не могут быть по критерию болезненного расстройства психической деятельности признаны недействительными.

При таком положении дел единственной мерой, которая в какой-то мере защищает интересы как самого больного алкоголизмом или наркоманией, так и его семьи, является признание таких лиц ограниченно дееспособными.

Если совершеннолетний гражданин злоупотребляет спиртными напитками или наркотическими средствами и тем самым ставит свою семью в тяжелое материальное положение, то он может быть ограничен в дееспособности. С момента вступления в силу решения суда над этим лицом устанавливается попечительство.

Установление ограниченной дееспособности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотиками, преследует две цели. С одной стороны, - это одна из косвенных мер борьбы с алкоголизмом и наркоманиями, а, с другой - защита интересов лиц, которые в той или иной мере зависят материально от больного наркологическим заболеванием. В случае, когда суд получает объективные доказательства

о прекращении данным лицом злоупотребления алкоголем или наркотиками, он вправе полностью восстановить его дееспособность.

Учитывая тот факт, что ограничение дееспособности совершеннолетнего гражданина является существенным вторжением в его правовой статус, установление ее законом допускается при наличии на то серьезных оснований. Предпосылки вынесения такого решения носят исключительно социальный характер и не имеют отношения к медицинским аспектам проблемы алкоголизма и наркоманий.

Первым и необходимым условием для постановки вопроса об ограниченной дееспособности лица в судебном порядке является факт злоупотребления им спиртными напитками или наркотическими веществами. Соответствующая статья Гражданского кодекса не оговаривает обязательное наличие у данного лица алкоголизма или наркомании, а также диспансерный учет в связи с этим. Лишь чрезмерное и систематическое употребление спиртного, которое находится в противоречии с интересами семьи и приводит к тяжелому материальному положению, дает право на ограничение дееспособности данного лица. Причинно-следственная связь между фактом злоупотребления лицом тем или иным психоактивным средством и тяжелым материальным положением его семьи является обязательным условием, поскольку, основной целью признания лица ограниченно дееспособным является защита интересов семьи, которая материально от этого лица зависит.

Ограничение дееспособности граждан определяется судом в порядке, установленном Гражданско-процессуальным кодексом Республики Казахстан.

Как показывает практика, дела по признанию лиц ограниченно дееспособными возбуждаются, как правило, прокурорами. Общественные организации, а также органы опеки, попечительства, психиатрические лечебные учреждения редко используют предоставленное им законом право возбуждать такого рода дела.

Суды должны располагать следующими материалами: показания заявителей, отражающие факты чрезмерного злоупотребления спиртными напитками, вследствие чего семья данного лица несет тяжелый материальный ущерб; материалы о нарушениях данным лицом общественного порядка; акт обследования материальных условий жизни; документы о составе семьи; справка о заработной плате; характеристика с места работы; акт медицинского

обследования о наличии у данного лица признаков алкоголизма или пристрастия к злоупотреблению спиртными напитками. Решение суда, вынесенное только на основании медицинского заключения о наличии у данного лица признаков алкоголизма и наркомании, неправомерно.

Дело о признании гражданина ограниченно дееспособным суд рассматривает в присутствии его самого, прокурора и представителя органа опеки и попечительства (сотрудник отдела здравоохранения, либо представитель лечебного учреждения). Поскольку в данных делах не предусматривается иска, то значит, что в них нет и предполагаемых субъектов спорного правоотношения. Поэтому лица, в отношении которых рассматривается данное дело, именуется не ответчиками, а заинтересованными лицами, а члены семьи, терпящие ущерб от таких субъектов, принимают участие в процессе как заявители независимо от того, какая инстанция возбудила данное дело.

Возможность отмены судебного решения об ограничении дееспособности гражданина происходит в тех случаях, когда основания, по которым была применена эта мера, отпали. При этом нигде нет уточнения того, что понимается под термином «отпали». По-видимому, речь идет о таком прекращении или уменьшении злоупотребления спиртными напитками или наркотиками, при котором данное лицо уже не ставит свою семью в тяжелое материальное положение.

Врачу-эксперту предоставляется возможность самому решать вопрос о том, при каких болезненных состояниях, в том числе и связанных с употреблением ПАВ, гражданин не мог понимать значения своих действий или руководить ими. Проведение судебно-психиатрической экспертизы по иску о признании сделки, совершенной лицом, страдающим алкоголизмом или наркоманией, недействительной представляется крайне важным. Эти больные часто к моменту совершения сделки имеют длительный алкогольный анамнез, находятся в состоянии опьянения или запоя, что обуславливает необходимость оценки не только психических расстройств, связанных с алкогольной болезнью, но и клинических особенностей, привнесенных/ связанных с запоем.

Не является основанием для применения к гражданину ни формальная констатация у него признаков алкогольной зависимости, ни констатация у него в период совершения юридической сделки состояния алкогольного опьянения. В данном случае важен не просто факт наличия у него тех или иных психических расстройств, а то, мог ли гражданин понимать значение своих действий или руководить ими в исследуемой ситуации.

Формирование различных видов зависимости происходит часто на фоне более или менее выраженной церебрально-органической недостаточности, связанной с патологией раннего периода разви-

тия, перенесенными черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями. Это приводит к формированию у таких больных патохарактерологических особенностей и эмоционально - волевых нарушений, являющихся почвой для быстрого формирования патологической зависимости от ПАВ. В свою очередь, систематическая интоксикация алкоголем и наркотиками приводит к дальнейшему заострению патологических личностных особенностей. У больных с алкогольной зависимостью формируется алкогольный характер, отмечаются усиление аффективной окраски всех переживаний, оказывающей несомненное влияние на большинство действий и суждений больных, повышенная эмоциональная откликаемость и легкость аффективной индукции, возрастание лабильности аффекта, склонность к полярным его колебаниям. Особенностью таких больных является повышенная внушаемость, тесно связанная с изменениями в аффективной сфере. Преобладание астенической и апатической симптоматики, сопровождающейся снижением побуждений, ограничением контактов, безразличие к своему будущему, ограниченность круга интересов, а также нарастающая интеллектуальная недостаточность со снижением способности к прогнозированию последствий своих действий и критической оценки ситуации в целом делают таких больных наиболее легитимными в плане возможных злоупотреблений при совершении имущественных сделок.

Для определения способности понимать фактический характер своих действий и руководить ими у лица, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками, необходимо, в первую очередь, оценить сохранность интеллектуально-мнестических функций, волевой сферы, критических и прогностических способностей. При этом следует иметь в виду, что при алкоголизме нередко наблюдается сочетанная травматическая и церебрально-сосудистая патология, усложняющая клиническую картину и утяжеляющая течение основного заболевания, а в состоянии алкогольного опьянения могут усугубляться имеющиеся у больного даже незначительные интеллектуально-мнестические нарушения, проявляющиеся в рамках различных специфических для синдрома зависимости психопатологических синдромов.

Наиболее специфичным для больных алкоголизмом является амнестический синдром, главным признаком которого является фиксационная амнезия в виде неспособности больного удерживать в памяти поступающую информацию о текущих событиях. Наличие у подэкспертного лица амнестического синдрома свидетельствует о его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими при совершении каких-либо юридических сделок. Такого рода заключение правомерно не только при наличии у подэкспертного в период совершения сделки классического корсаковского психоза, но и при более легком амнестическом синдроме с не столь

грубыми и необратимыми, как при корсаковском психозе, расстройствами памяти (так называемые корсаковоподобные состояния). Эти состояния могут наблюдаться у больных алкоголизмом на II и III стадиях течения, а также в конце запоев. При заканчивающемся запое признаки опьянения легкой или средней степени выраженности сочетаются с абстинентными расстройствами, что может затруднять диагностику проявлений фиксационной амнезии, если она имеется. Это связано с тем, что в состоянии алкогольного опьянения может нарушаться непосредственное запоминание, а абстинентные нарушения могут влиять на мнестические функции из-за возникающих в структуре абстинентного синдрома затруднений при концентрации внимания. В этих состояниях затрудняется оценка ситуации в целом, что обуславливает недостаточную ориентировку в окружающем, нарушает оценку воспринимаемых образов, снижает способности к самоконтролю, искажает волевые усилия и выбор продуктивных и адекватных способов достижения цели.

В то же время лица в состоянии алкогольного опьянения легкой степени, сочетающегося с абстинентными расстройствами, обычно ориентированы в месте пребывания, их поведение адекватно ситуации, они могут совершать довольно сложные действия, связанные, например, с процедурой заключения сделки. При этом они проявляют беспечность, беззаботность, иногда - благодущие и эйфорию. После совершенной сделки эти лица могут амнезировать большую часть происшедших событий, хотя общий смысл процедуры какое-то время могут удерживать в памяти. Наблюдающееся при этом грубое несоответствие тяжести имеющихся у подэкспертного в период совершения сделки проявлений опьянения и абстинентного синдрома, с одной стороны, и расстройств памяти, с другой - позволяет констатировать наличие амнестических нарушений.

Достаточно сложным представляется диагностика у больных алкоголизмом «другого стойкого когнитивного расстройства», что может проявляться более легкой и более тяжелой степенью выраженности. Когнитивные расстройства в легкой степени выраженности наблюдаются у лиц на I и III стадиях алкогольной зависимости и рассматриваются обычно в рамках типично алкогольных изменений личности, церебрастении, невротического и психопатоподобных расстройств, различных вариантов заострения или патологического развития личности. При этом у больных выявляются незначительные или умеренно выраженные интеллектуально-мнестические нарушения с конкретным и обстоятельным мышлением, недостаточной способностью к абстрагированию, шаблонностью и склонностью к рутине в профессиональной деятельности, невозможностью приобретать новые знания и навыки, сужением круга интересов, утратой бывших ранее увлечений. Все это, однако, не лишает этих лиц способ-

ности понимать значение своих действий или руководить ими. Когнитивные расстройства более тяжелой степени выраженности обнаруживаются чаще на отдаленных этапах течения алкоголизма. Такого рода расстройства описываются обычно в рамках алкогольной деградации, органического снижения личности, алкогольной энцефалопатии и т.д. У больных обнаруживаются выраженный интеллектуальный дефект в виде обеднения восприятия окружающего, затруднения при анализе получаемых впечатлений, неспособности отделять главное от второстепенного. Мышление характеризуется замедленностью, торпидностью, суждения - примитивностью. Больные не могут понять тонкий смысл складывающихся ситуаций, реально оценивать свое положение в обществе, совершают бестактные поступки. Отмечается выраженное снижение памяти, в особенности на недавно произошедшие события. Мнестические нарушения не достигают, однако, степени фиксационной амнезии.

Характерны также грубые эмоционально-волевые нарушения в виде возбудимости, импульсивности, недержания аффекта. Причем больные не способны контролировать свои эмоции даже в особо ответственных для них ситуациях. Обычно обнаруживаются резко выраженная истощаемость, неспособность к концентрации внимания, затруднения при выполнении любой сколько-нибудь сложной и ответственной работы. Эти больные вялы, пассивны, апатичны, их интересы обычно сосредоточены лишь на физиологических потребностях. Возможны и другие психоорганические проявления: непереносимость жары, психосенсорные расстройства, пароксизмальные состояния. Эти нарушения психики обычно сочетаются с рассеянной неврологической микросимптоматикой, признаками полиневрита, хотя последние более характерны для амнестического синдрома.

При выраженном когнитивном расстройстве особенно заметны явления социальной деградации. Больные либо вообще теряют работу, либо способны выполнять только самые простые производственные обязанности. На этом этапе болезни они обычно теряют семью, проживают вне брака (хотя при особо благоприятном отношении со стороны близких людей семейные отношения могут сохраняться). В быту эти лица беспомощны, неряшливы, склонны к иждивенческому типу отношений с окружающими, хотя способность к элементарному самообслуживанию все же сохраняется. Однако серьезные житейские проблемы, они, как правило, решить не могут. Поэтому наличие у подэкспертного когнитивных нарушений тяжелой степени лишает их способности понимать значение своих действий или руководить ими.

На III стадии алкоголизма аффективные и волевые нарушения приобретают еще более выраженные формы. На первый план выступают проявления «этической деменции», одновременно становятся

более заметными психические изменения по органическому типу вследствие токсической энцефалопатии с грубыми нарушениями памяти, мышления, нарушением концентрации внимания, резким снижением умственной работоспособности, критических и прогностических функций. В этих случаях обычно диагностируется состояние деменции, которое по

существу является завершающим этапом развития описанного когнитивного нарушения, когда интеллектуально-мнестические и эмоционально-волевые расстройства достигают своего максимума. Мышление распадается, больные становятся пассивными и апатичными, неспособными работать и обслуживать себя в быту.

О ВОПРОСАХ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А. П. Гаськов, Т. Г. Ковина,
Р. М. Кошегулова, Ю. А. Россинский

г. Павлодар

1. Актуальность внедрения электронной истории болезни

Документирование лечебно-диагностического процесса или ведение истории болезни является базисным информационным процессом в любом ЛПУ. История болезни представляет собой специализированную базу данных и полный набор документов о ходе лечебно-диагностического процесса. Также, история болезни является средством взаимодействия между специалистами-консультантами и обратившимися к ним лечащими врачами; между врачами и медицинскими сестрами и т.д.

Кроме того, история болезни является основным юридическим и финансовым документом, по которому можно судить получил ли пациент надлежащее лечение. В ней нередко содержится информация о действиях медицинских работников и основаниях для этих действий. Для медицинского работника, втянутого в судебное разбирательство, содержание истории болезни может быть защищающим или инкриминирующим аргументом. Помимо соответствия юридическим требованиям, история болезни служит основой для профессиональной или ведомственной оценки качества, организации контроля по соблюдению профессиональных стандартов или протоколов. По аккредитации лечебных учреждений на основании информации, содержащейся в историях болезни, судят о качестве оказанного лечения. Ведение истории болезни, бесспорно, влияет на финансовое положение лечебного учреждения.

За минувший 2007 год ретроспективная экспертиза Комитета по контролю качества медицинских услуг качества пролеченных случаев в РНПЦ МСПН (г. Павлодар) выявила: из 832 проведенных экспертиз имеют место: 10 случаев *несоответствия* врачебных записей *протоколам диагностики и лечения*; 36 случаев *некачественного ведения медицинской документации* (истории болезни), включая такие ошибки, как *неполное описание врачом объектив-*

ного статуса, полипрагмазия, неполное написание этапных эпикризов, небрежное ведение, исправление дат и пр. Данный пример характеризует не единственный прецедент, а, скорее, типичную ситуацию при ведении врачебной документации в наркологических учреждениях Республики Казахстан.

Описанные выше ошибки, выявленные экспертизой, показывают, что медицинская документация не защищена от множества грамматических, стилистических, логических и терминологических ошибок и наличествует субъективное искажение информации, получаемой от пациента. Становится очевидным, что существующая практика организации лечебного процесса на основе ведения бумажного документопотока становится главным тормозом в усовершенствовании лечебно-диагностического процесса и, тем самым, снижает качество работы.

На сегодняшний день история болезни - это результат работы множества специалистов и ориентироваться в «бумажной» истории болезни становится неудобно и трудно, требуются новые формы, как ведения, так и анализа информации.

С нашей точки зрения, рациональным выходом из создавшейся ситуации является внедрение в лечебно-диагностический процесс современной информационной технологии, объединяющей все рабочие места участников (врач приёмного покоя, лечащий врач, диагносты, консультанты, средний медицинский персонал и др.) этого процесса в единую интегрированную автоматизированную систему. Радикально усовершенствовать информационную среду, в которой протекает лечебно-диагностический процесс, можно только средствами автоматизации истории болезни.

Система автоматизации призвана, не только избавить врачей и медсестер от колоссальной бумажной работы, сопряженной с многократным занесением одних и тех же данных, но и свести к минимуму вероятность ошибок. В итоге - компьютеризация

истории болезни позволяет уменьшить затраты врача на ведение записей и одновременно сделать их более полными и защищенными от разного рода ошибок. Электронная версия истории болезни позволяет контролировать качество ведения документации. Одновременно, эти возможности означают, что именно компьютерная или электронная история болезни, а не её бумажный аналог, становится наиболее удобным и эффективным инструментом в работе врача.

Принципиально важной особенностью современной медицинской информационной системы является её клиническая направленность, базирующаяся на сетевой технологии ведения историй болезни. Целью традиционной административной информационной системы является накопление и анализ учетной информации, а главная цель данной системы использование клинических данных для повышения качества лечения.

Данная система не позволяет изменения или самопроизвольного заполнения документации, как в количественном, так и в качественном плане хуже, чем это предусмотрено стандартом качества.

Экономический и технологический эффекты и минимизация инвестиций достигаются совокупностью решений:

- постоянное хранение электронной истории болезни пациента с возможностью поиска и просмотра всех результатов обследований, консультаций; обеспечение возможности внесения информации о медицинских услугах, оказанных пациенту в сторонних учреждениях;
- ведение электронной записи на приём, обследования, консультации позволяет максимально эффективно распределить рабочее время медицинского персонала и использование аппаратуры;
- стабильность и надёжность работы; обеспечение сохранности данных;
- интуитивный и понятный для врача интерфейс;
- программа следит за правильностью заполнения электронной истории болезни – напоминает, если не указаны некоторые значения (диагноза, дата выписки, исход лечения и т.д.);
- подключение к программе неограниченного числа рабочих мест.

2. Экспертная система «ESAG»

Электронная история болезни создана на платформе экспертной системы «ESAG», © 1996 - 2008 г. г. ТОО «Инженер - ЛТД». Экспертная система (ЭС) «ESAG» является универсальным программным инструментом, позволяющим создавать информационные системы для разных областей знаний, в том числе - и для медицины. В течение уже шести лет ЭС используется для сбора и обработки данных для научных работ, а также с её помощью производится

мониторинг наркозависимых лиц на всей территории Республики Казахстан.

Возможности ЭС позволили создать электронную версию историю болезни, обеспечивающую хранение данных, и автоматизированное рабочее место врача, где специалист получает соответствующую информационную поддержку. ЭС позволяет анализировать параметры, описывающие состояние пациента и выдавать экспертное заключение, исходя из информации, заложенной в базе знаний экспертами. Настоящая система позволяет организовать работу всех медицинских служб учреждения в целом: от приёмного покоя, лаборатории - до отделения, где ведётся лечение. При использовании системы соблюдаются требования конфиденциальности информации. Каждый сотрудник имеет доступ только к определенной для него администратором системы информации.

ЭС позволяет создать единую электронную медицинскую карту для всей республики. В ней есть возможности импортирования – объединения информации, собранной в разных медицинских учреждениях, и экспортирования – выделения информации по конкретному пациенту для передачи её в медицинское учреждение, где производится текущее лечение.

Такая возможность обеспечивается тем, что все учреждения должны пользоваться единой базой знаний, в которой находится информация о параметрах используемых для описания состояния пациентов. Структура базы знаний такова, что может содержать информацию о практически неограниченном количестве параметров, теоретическое ограничение равно 10^8 . Это позволяет в одной базе знаний иметь описание любых аспектов медицины. При этом каждый пользователь получает доступ только к той информации, которая ему нужна.

Структура самой электронной медицинской карты полностью аналогична медицинской карте бумажного варианта. Все записи делаются в хронологической последовательности, и можно проконтролировать изменение любого параметра. Каждая запись автоматически сопровождается информацией, кто вводил данные, время ввода и место ввода, что обеспечивает высокую ответственность за заполнение информации. Параметры, описывающие состояние пациента, разделены на отдельные блоки - скрининги. Каждый скрининг отображается в интерфейсе в виде многостраничного блокнота, на котором находятся элементы для ввода данных. Для удобства работы каждый специалист может иметь скрининги с тем набором параметров, которые он чаще использует.

Набор параметров для отображения состояния пациента включает в себя элементы:

- а) ввод логических параметров (да, нет);
- б) ввод числовых параметров;
- в) ввод строковых параметров;

- г) ввод текстов;
- д) копирование электронных документов*;
- е) ввод даты и времени;
- ж) ввод схем назначений.

*Примечание: база данных ЭС позволяет хранить в электронной форме любые документы.

Такой набор элементов обеспечивает описание любых состояний. При этом есть возможность отметить не только четко определённое состояние, но и те моменты, которые находятся под вопросом и требуют уточнения.

Используя параметры для ввода, врач может очень быстро произвести заполнение параметров электронной карты. На основании введенных параметров ЭС автоматически формирует проект текста медицинской записи, используя общепринятые выражения. Врач может откорректировать этот текст и распечатать для бумажного варианта. Этот текст также сохраняется в базе данных с электронной подписью врача. Пользователь может распечатать любой бланк с заполненными из карты пациента параметрами.

Использование базы знаний с описанием параметров позволяет осуществлять работу с одной и той же информацией на разных языках. Достаточно иметь слепок базы знаний на другом языке, и информация электронной карты будет отображаться на нем.

Для помощи врачу при анализе информации ЭС имеет несколько возможностей:

- 1) можно выделить для анализа в отдельный текст данные, которые выходят за границы нормы;
- 2) параметр может иметь комментарий, а также ссылку на источник литературы*;
**Примечание: ЭС содержит электронную библиотеку, в которой могут содержаться любые электронные источники информации.*
- 3) эксперт при описании параметров в базе знаний может сделать ссылку на фрагмент такого документа, и пользователь может его загрузить для просмотра в нужном месте;
- 4) можно построить графики для анализа изменений группы параметров;
- 5) можно получить экспертную оценку, например результат психологического теста, по введенным данным, в том числе и виде профиля;
- 6) можно провести экспертизу в диалоговом режиме.

Диалоговый режим предусматривает то, что врач выбирает какие - либо симптомы, присутствующие у пациента, а система генерирует дополнительные вопросы, пытаясь определить синдромы, а также определить рекомендации по лечению.

Развитая система поиска ЭС позволяет делать выборку карт пациентов по большому количеству параметров, при этом обеспечивая поиск с учётом хронологического размещения информации в картах. Также есть возможность создания списков па-

циентов в виде таблиц, в которые включены любые параметры из базы данных. По этим данным может быть сделан, по желанию пользователя, отчет любого вида. Для получения научной информации данные могут быть обработаны методами математической статистики.

3. Разработка базы знаний параметров электронной истории болезни

Одним из этапов разработки электронной истории болезни является создание базы знаний параметров. За основу при разработке базы знаний взята форма 003/у “Медицинская карта стационарного больного”, утвержденная приказом Министерства здравоохранения РК № 332 от 8 июля 2005 года.

Этот этап работы включает следующие задачи:

1. Анализ данных, отраженных в форме 003/у “Медицинская карта стационарного больного”.
2. Разделение истории болезни на разделы.
3. Создание древовидной структуры параметров на основе информации, предоставленной клиницистами.
4. Распределение всех параметров (их около 1000) по основным клиническим разделам истории: «Жалобы», «Анамнез заболевания», «Анамнез жизни», «Объективные данные», «Диагностика», «Лечение» и т.д.
5. Создание отдельных скринингов для врача премного покоя, лечащего врача, выписного эпикриза и т.д.

Электронная история болезни по своим параметрам идентична “Медицинской карте стационарного больного” на бумажном носителе, полностью ей соответствует и содержит следующие разделы:

- титульный лист;
- направление и документы, необходимые для госпитализации;
- ежедневные наблюдения лечащего врача;
- осмотры врачом приёмного покоя, заведующим отделением, дежурным врача, обходы первого руководителя и его заместителя;
- диагнозы;
- записи врачебно-консультативной комиссии;
- эпикризы (переводной, этапный и выписной);
- протокол клинического разбора;
- диагностические мероприятия;
- лечение;
- листы врачебных назначений, температурный лист, лист назначений на исследование, лист назначений психотерапевта.

В раздел “Диагнозы” занесен: диагноз направившей организации, диагноз при поступлении, диагноз клинический, диагноз заключительный клинический.

Клинический диагноз, в свою очередь, разделен:

- 1) на обоснование диагноза;
- 2) на основной диагноз по МКБ 10;
- 3) на сопутствующий диагноз.

Древовидная структура электронной истории структурирует параметры, которые собраны в основные разделы: «Жалобы», «Анамнез заболевания», «Анамнез жизни», «Объективные данные», «Диагностика», «Лечение». Каждый раздел имеет необходимые подразделы, за исключением «Жалоб». Каждый раздел и параметр имеют код, который четко определяет место его расположения в базе знаний программы.

В качестве примера показан фрагмент базы знаний:

13.2.3. Поведенческие реакции в подростковом возрасте (по А. Е. Личко)

13.2.3.1. Виды реакций

13.2.3.1.1. Реакция эмансипации

13.2.3.1.1.1. Потребность высвободиться из-под опеки

13.2.3.1.1.2. Стремление к самостоятельности

13.2.3.1.1.3. Побег из дома

Выбранный в окне ответ на параметр в электронной истории преобразуется в текст.



Например: из выше приведенного примера в интерфейсе вы выбираете: побег из дома, в тексте истории болезни будет фраза: «в подростковом возрасте отмечались поведенческие реакции в виде реакции эмансипации: побег из дома».

Наличие скринингов для записей врача премного покая, лечащего врача, выписного эпикриза и т.д. позволит сократить время введения информации, так как каждый скрининг будет иметь свой фиксированный набор параметров. В итоге, процесс заполнения электронной истории будет менее сложным, чем заполнять историю болезни вручную.

ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМУ ПРОФИЛЮ

Т. В. Пак, С. Н. Молчанов, Н. В. Асланбекова, С. Б. Смаков

г. Павлодар

Оказание платных медицинских услуг в организациях государственной системы здравоохранения является одной из альтернатив сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Услуги социально-реабилитационного профиля связаны с сектором функционирования отделения социальной реабилитации (ОСР) наркозависимых.

Основной целью деятельности отделения социальной реабилитации является эффективная социальная реабилитация наркозависимых; развитие психологических личностных и социальных свойств, обеспечивающих адаптационные навыки ресоциализации; профессиональное обучение и развитие трудовых навыков и отношений.

Восстановление и развитие трудовых навыков и производственных отношений возможны через организацию и вовлечение пациентов в трудотерапию, которая объединяет различные виды трудовой деятельности и отношений. Трудотерапия организуется на рабочих местах: хозяйственном, скотном дворе, в сельскохозяйственном секторе, в швейном и мебельном цехах, на строительном-ремонтных площадках, а также по сантехническим работам. Следовательно, необходимо формировать и постоянно расширять производственную и мате-

риально-техническую базу ОСР, устанавливая контакты и заключая соглашения с соответствующими предприятиями, организациями, фирмами промышленного, сельскохозяйственного, строительного, торгового и иного профиля. Модель трудотерапии интегрирует процессы расширения ассортимента социально-реабилитационных услуг и реализации произведенной продукции, согласно положению об отделении социальной реабилитации и оказании платных медицинских и социально-реабилитационных услуг.

Заведующий отделением имеет право составлять проекты договоров (договора подписываются директором организации) с юридическими и/или физическими лицами с целью реализации платных услуг социально-реабилитационного профиля, к которым могут относиться:

- проведение сельскохозяйственных полевых работ;
- проведение сельскохозяйственных животноводческих работ
- проведение ремонтных, строительных работ;
- проведение работ в производственных цехах;
- реализация растениеводческой и мясо – молочной продукции;
- реализация продукции мебельного, швейного цехов и др.

Правила использования средств от реализации товаров и услуг, предоставляемых отделением социальной реабилитации: на укрепление материально-технической базы лечебно-производственных (трудовых) подразделений, подсобных хозяйств; на выплату вознаграждений пациентам, работающим в лечебно-производственных (трудовых) мастерских, подсобных хозяйствах; на оплату труда работников, занятых в производственных (трудовых) секторах, подсобных хозяйствах; на покрытие расходов, связанных с производственной деятельностью лечебно-производственных (трудовых) мастерских, подсобных хозяйств.

Общие положения оказания платных медицинских и социально-реабилитационных услуг

Оказание платных медицинских и социально-реабилитационных услуг должно осуществляться в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Целью оказания платных медицинских и социально-реабилитационных услуг является удовлетворение потребностей населения в различных видах медицинской помощи, оказываемой сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Оказание социально-реабилитационных услуг по профилю хозяйственной деятельности (в том числе по реализации продуктов хозяйственной деятельности) допускается на основании устава организации и положения об отделении социальной реабилитации.

Условия и порядок оказания платных медицинских услуг

Оказание платных медицинских услуг регламентируется следующими нормативными правовыми актами:

- Закон Республики Казахстан от 19.06.1995 года «О государственном предприятии»;
- Закон Республики Казахстан от 04.06.2003 года «О системе здравоохранения»;
- Закон Республики Казахстан от 04.12.2002 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 года № 1296 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2006 - 2007 годы»;
- Постановление правительства Республики Казахстан от 25.06.2002 года № 828 «Об утверждении правил оказания платных медицинских услуг в организациях государственной системы здравоохранения и порядка использования средств от их оказания»;
- Постановление правительства Республики Казахстан от 6 января 2006 года № 14 «О внесении дополнений и изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 25 июля 2002 года, № 828»;

- Постановление правительства Республики Казахстан от 26 мая 2000 года № 802 «Об утверждении Правил использования средств от реализации товаров и услуг, предоставляемых санитарно-эпидемиологическими, туберкулезными, психоневрологическими учреждениями, органами судебной экспертизы, Казахским республиканским лепрозорием» с изменениями, внесенными постановлением Правительства РК от 15.10.2003 года № 1055.

Оказание платных медицинских услуг осуществляется в следующих случаях:

- при оказании плановых диагностических и лечебных услуг по инициативе пациентов, в том числе без направления специалистов первичной медико-санитарной помощи и организаций здравоохранения;
- при оказании профилактических услуг по инициативе пациентов,
- при оказании экстренной медицинской помощи с письменного согласия пациента в организациях, не выполняющих соответствующий государственный заказ;
- при лечении лекарственными средствами по медицинским показаниям, не включенными в Список основных (жизненно важных) лекарственных средств, с письменного согласия пациента;
- при проведении дорогостоящих медицинских исследований, не входящих в перечень ГОБМП;
- при оказании медицинской помощи иностранцам и лицам без гражданства сверх ГОБМП;
- при медицинском обследовании граждан для поступления на работу и учебу;
- при оказании медицинской помощи по договору с предприятием, в том числе по добровольному медицинскому страхованию.

Организация оказывает медицинские услуги, в том числе платные, в соответствии с утвержденным внутренним распорядком, режимом работы, графиками приема специалистов. Стационарная медицинская помощь на платной основе оказывается в отдельных палатах. Медицинское оборудование, приобретенное за счет бюджетных средств, используется при оказании платных медицинских услуг.

Организация оказывает медицинские услуги, в том числе платные, в соответствии со стандартами (протоколами) диагностики и лечения, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения, а при их отсутствии по медицинским показаниям в соответствии с общепринятыми подходами.

Руководство организации, а также специалист, непосредственно оказывающий услугу, несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан:

- за некачественное оказание медицинских услуг;
- за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договоров,
- в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента;

-
-
- взимание излишней платы за оказанные услуги;
 - взимание средств за оказание услуг, входящих в ГОБМП.

- необоснованное назначение диагностических и лечебных манипуляций с целью получения дохода, факт которого установлен при проверке, проводимой государственным органом в области контроля качества медицинских услуг.

При оказании платных медицинских услуг, в том числе социально-реабилитационных, заключается договор, где указываются правила и условия пребывания в стационаре (отделение социальной реабилитации); стоимость и порядок оплаты лечения и реабилитации; права, обязанности и ответственность сторон в соответствии с приложением к Правилам оказания платных медицинских услуг в организациях государственной системы здравоохранения и порядка использования средств от их оказания, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 25.06.2002 года № 828.

При оказании платных медицинских услуг пациент имеет право:

- на получение информации о квалификации медицинских работников, оказывающих ему медицинскую помощь;
- на выбор врача из числа специалистов, работающих в платных палатах;
- на получение от лечащего врача и руководителя подразделения информации о состоянии здоровья, проводимом курсе лечения, объемах диагностики и лечения;
- на обращение в органы управления здравоохранением, орган по контролю качества медицинских услуг, к независимым медицинским экспертам, аккредитованным в установленном порядке, за проведением экспертизы качества проведенного лечения и обоснованности врачебных назначений;
- на получение информации о расходах за оказанные медицинские услуги.

Пациент обязан:

- соблюдать внутренний распорядок, режим работы организации, подразделения;
- выполнять медицинские предписания;
- предоставлять известную информацию о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

- соблюдать условия договора;
- своевременно производить оплату за оказанные услуги.

Порядок расчетов и отчетности по оказанию медицинских услуг на платной основе

Организация предоставляет пациенту счет к оплате за фактически оказанные услуги. Расчеты с пациентами, осуществляются:

- посредством оплаты наличными деньгами, путем внесения средств в кассу организации, при этом пациенту в обязательном порядке выдается 2 контрольно - кассовых чека – один остается у пациента, второй предоставляется медицинскому персоналу, непосредственно оказывающему медицинскую помощь;
- по безналичному расчету, путем перечисления на текущий счет организации (банковские реквизиты организации).

Пациенту производится возврат оплаченной суммы или разницы между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг в следующих случаях:

- при неполном объеме оказанных услуг (по причине отказа пациента от услуги, при наличии противопоказаний отдельных процедур и манипуляций, если медицинская услуга не может быть оказана из-за отсутствия реактива, выхода из строя медицинской аппаратуры, отсутствия специалиста и т.д.).

Медицинская документация по оказанию платных услуг должна соответствовать формам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения. Бухгалтерский учет и отчетность организациями здравоохранения ведутся отдельно по оказанию ГОБМП и по оказанию платных медицинских услуг, в соответствии с учетной политикой, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения.

Таким образом, расширение сектора платных услуг социально - реабилитационного профиля, связанных с производственной деятельностью (трудотерапия), является актуальной задачей сегодняшнего дня в аспекте решения проблемы качества, эффективности, доступности социально - реабилитационных программ для наркозависимых пациентов.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЭТАПЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ (литературный обзор)

Б. А. Азанова, Т. О. Винокурова, А. С. Ракишева, Н. Ф. Загрельный, И. К. Тотина, С. К. Ахметжанова

Отечественная наркология долгие годы была ориентирована на изучение проблем алкоголизма как наиболее актуальных и имеющих широкое распространение. Социодемографические, этнокультуральные, клинико - психопатологические, психофармакологические аспекты подробно исследовались учеными с последующим созданием интегративной системной картины заболевания. Изучение ремиссий занимало ведущую часть в наркологической проблематике.

Относительно новой, по сравнению с проблемой алкоголизма, стала проблема наркоманий, ведущей из которых является опиийная (героиновая) наркомания. Поэтому в последние десятилетия в научной литературе, касающейся вопросов и проблем наркологии, в исследованиях наблюдается явный крен в сторону изучения наркотической зависимости. Как было уже указано выше, алкоголизм и наркомания относятся к «болезням зависимости» с унифицированным применением большинства положений, их характеризующих. Научная дискуссия правомерности использования дефиниций *светлый промежуток, ремиссия, рецидив* разгорелась с новой силой, так как в отличие от алкоголизма опиийная наркомания характеризовалась большей злокачественностью течения, сжатыми сроками формирования стержневой симптоматики, ранней манифестацией наркологической проблематики, о чем писали многие авторы [11, 12, 26, 28].

Вопрос, что считать ремиссией при опиийной наркомании и с какого времени начинается ее исчисление - не только теоретический, но и сугубо практический. Некоторые авторы вообще ставили под сомнение возможность длительных ремиссий у больных героиновой наркоманией вне закрытых учреждений, утверждая о наличии лишь «светлых промежутков» [44, 48].

Дебаты по поводу возможности полного излечения и выздоровления от зависимости, развернутые в период глубинного изучения алкоголизма, дополнились дискуссиями о возможности полной ремиссии у больных наркоманиями [51, 57]. Это связано с широким применением метадоновой программы в ряде стран, из-за чего факт полноценного воздержания от употребления героина становится весьма спорным, а применение метадона вызывает вторичную зависимость [44, 48, 50, 54, 56, 58].

Проблемы опиийной наркомании возникли за рубежом несколькими десятилетиями раньше, чем в России, хотя имелись отдельные российские научные работы по изучению «морфинизма» [10, 34]. Соответственно, исследований ремиссий в зарубежной печати значительно больше, чем в российских источниках, однако они существенно отличаются по своей направленности и тематике. Одни работы изучают ремиссии с позиции воздействия фармакологических препаратов, проводя стандартизированный контроль ряда показателей [53 - 55], в других работах проводится *массовый мониторинг в соответствии с содержанием психологических тестов* [41, 43, 45 - 47, 49, 52, 59].

С позиции доказательной медицины многочисленные тестирования, самоотчеты пациентов являются убедительным материалом для анализа специфических и унифицированных показателей заболевания, однако остаются неизученными те аспекты наркоманий, которые требуют индивидуального клинико - психопатологического подхода.

В традиции постсоветской психиатрии и наркологии входит применение описательно-феноменологического метода, который при сочетании с экспериментально-психологическим, параклиническим (инструментально - лабораторным) методами дает достаточно полную картину состояния пациентов, позволяет оценить динамику всего заболевания или отдельных его составляющих.

Крайние точки зрения - считать ли ремиссию с момента прекращения употребления психоактивного вещества (ПАВ) [20, 21, 40] или после купирования острых проявлений абстинентного синдрома [6, 7, 31], или после полного исчезновения абстинентной психопатологической и астено - вегетативной симптоматики [2, 15, 22, 24], отражают общее разногласие о месте «синдрома отмены» - внутри заболевания или вне заболевания.

Вопрос, что считать ремиссией и с какой точки отсчета она начинается, кроме морально-нравственной стороны (как объекта «реабилитационной гордости»), имеет сугубо медицинский смысл. Знание этапности, внутренней динамики позволяет практикующим наркологам работать с использованием прогностических критериев, особенно при наличии специфических психических расстройств, характерных для каждого этапа воздержания. Ремиссии у

больных наркоманиями, в частности - опийной наркоманией, являются объектом детального изучения, так как чередование различных «фаз» и «этапов» (острой и протрагированной абстиненции, постабстинентных состояний, начального этапа формирования ремиссии, этапа становления ремиссии, этапа устойчивой ремиссии и т.д.) диктует дифференциацию медико - реабилитационного подхода к больным [7, 8].

Клиника абстинентного синдрома при опийной наркомании изучена достаточно - психические нарушения являются составной частью соматических и неврологических расстройств с выделением психопатологической, диссомнической, алгической, астеновегетативной симптоматики [19, 25]. Психопатологическая симптоматика в структуре абстинентного синдрома и «постабстинентного состояния» [16] зависит не только от вида употребляемого наркотика, предшествующей дозы и частоты применения, т.е. от длительности и массивности интоксикации, но и от преморбидной структуры личности, наличия психопатических черт характера, а также органических нарушений.

Зарубежные исследователи при обнаружении у больных наркоманией, находящихся на метадоновом лечении, психопатических черт, проявляющихся, в том числе в антисоциальном поведении, затрудняются обозначить время их появления: на донаркотическом, наркотическом этапах или в период терапевтической ремиссии [42].

Тревожно-депрессивная, фобическая симптоматика, панические атаки свидетельствуют о неврозоподобном регистре расстройств, что отмечается при относительно небольшом наркотическом стаже, негрубых изменениях личности. Утяжеление аффективной патологии с появлением дисфорических расстройств, поведенческих нарушений с гетероагрессивными проявлениями психопатизации свидетельствует о далеко зашедших изменениях в лимбической системе, ретикулярной формации, ответственных за эмоционально - волевые проявления, указывает на органические поражения головного мозга.

Аффективная патология в виде депрессий присутствует почти всегда - считают исследователи, но если в период отнятия - депривации наркотических веществ депрессия имеет тревожный оттенок, то на более отдаленных этапах ремиссии депрессия приобретает ангедонический, апатический характер [7, 33]. Вероятно, это является причиной облигатного назначения антидепрессантов как средств, уменьшающих психопатологическую симптоматику абстинентных явлений, аффективного напряжения постабстинентных состояний, депрессивных расстройств в периоды воздержания [18, 27].

Аффективные расстройства у больных опийной наркоманией, как по своей структуре, так и по клиническому разнообразию, мало отличаются от тако-

вых у больных алкоголизмом, что еще раз указывает на их патогенетическое единство [9]. Преобладают различные варианты депрессивных нарушений, анксиозные состояния, вплоть до панических атак, фобические расстройства. По мнению В. В. Чирко, «обращение к психоактивным веществам обусловлено, в первую очередь, гаммой субдепрессивного аффекта, обязательным компонентом которого выступает тревога. Тревога тесно вплетается в структуру деперсонализационных, неврозоподобных, ипохондрических, сенестопатических, обсессивно-фобических, инсомнических переживаний, соматических «масок» или эквивалентов депрессии».

При обсуждении проблемы аффективных расстройств у больных опийной наркоманией, возникающих как в периоды активного употребления ПАВ, так и в периоды воздержания - *во время ремиссий*, возникает закономерный вопрос об их наличии на доболезненном этапе. Вопросы коморбидности опийной наркомании и аффективных расстройств всё больше привлекают внимание исследователей. Авторы подчеркивают трудность диагностической квалификации депрессивных нарушений у потребителей наркотиков, разделяя их на 3 группы: первичные депрессивные состояния (моно-, биполярные аффективные расстройства); вторичные депрессивные состояния, в рамках психических заболеваний (шизофрении, шизоаффективных психозов, панических, тревожных, обсессивно-компульсивных, посттравматических расстройств); депрессивные состояния, обусловленные специфической наркопатологической симптоматикой при опийной наркомании.

Особенно большие сложности возникают при диагностике первичных аффективных расстройств с депрессивными состояниями, возникшими в периоды светлых промежутков или более длительных ремиссий у больных опийной наркоманией. Возникает вопрос о степени «первичности» и «вторичности» - является ли злоупотребление наркотиками формой своеобразной «защиты» от угнетающих аффективных нарушений при униполярной или биполярной депрессии либо сама наркотизация способствует манифестированию эндогенных аффективных расстройств, до этого находящихся в латентной форме.

Подобные же разногласия существуют и в отношении сочетания «наркомания - шизофрения», так как шизоидизация «бывших» наркоманов, речь о которой пойдет далее, появление шизоидных включений *в структуре длительных ремиссий* больше ставят вопросы, чем дают определенные ответы. Российские авторы, изучающие проблемы коморбидных нарушений при героиновой наркомании, также подчеркивают сложность разграничения этих явлений [18].

Особый интерес представляет изучение «постабстинентных депрессий», которые разделены исследователями на группы «негативных» и «пози-

тивных» депрессивных расстройств [36]. К проявлениям «негативных» расстройств относятся: экстернатальная направленность депрессии, наркоманически обусловленная ангедония, «синдром потери». К «позитивным» проявлениям депрессии относятся: патологическое влечение к наркотикам, лабильность аффекта, преобладание дисфорического компонента, полиморфность аффективной симптоматики, быстрый тимолептический эффект антидепрессантов. Эти критерии позволяют провести дифференциацию между первичными, вторичными депрессиями и аффективными нарушениями, обусловленными наркотизацией.

Изучая клинику абстинентных и постабстинентных расстройств у 207 больных опийной наркоманией, авторы в 96,1% случаев обнаружили «фобические переживания, основную фабулу которых составляли представления о возможности утяжеления абстинентного синдрома». Исследователи выявили наличие ипохондрических расстройств, которые в 9,2% случаев перешли в стойкое ипохондрическое развитие личности [33].

Больные опийной наркоманией с ипохондрическими расстройствами - для них характерны высокая толерантность к опиоидам, частый прием психотропных препаратов, низкие количественные и качественные показатели ремиссии, тенденции к употреблению алкоголя, транквилизаторов и снотворных средств в периоды ремиссии, высокий уровень тревоги и депрессивных расстройств вне приемов наркотиков [33].

При исследовании *ремиссионных психических расстройств* у больных наркоманией исследователи подчеркивают значение, как преморбидной характерологической структуры пациентов, так и особенности изменений личности в период наркотизации. Выводы о роли преморбидных отклонений у больных наркоманией аналогичны таковым у больных алкоголизмом. Возможность формирования длительной ремиссии снижается по мере приближения к пограничному уровню: «гармоничная личность - скрытая акцентуация характера - явная акцентуация характера - психопатия». Определенное значение имеет и вариант психопатии: зависимое и диссоциальное расстройство личности в наименьшей степени коррелирует с параметром «длительные ремиссии» [23].

Анализируя структуру личности больных опийной наркоманией, Т. Н. Букановская (1999 г.) сформировала новые подходы в психотерапии, а также возможности социально-психической адаптации этого контингента лиц. Различные преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией определяют психотерапевтическую тактику, отражаются на мотивационном аспекте и, в конечном счете, сказываются на длительности и качестве ремиссии. Большое значение для дачи качественной ремиссии имеет процесс осознания заболевания,

что также находится в зависимости от социально-психологических, преморбидно-личностных характеристик пациентов.

Неврозоподобная симптоматика, по мнению авторов, связана с собственно интоксикационным компонентом, внешнеситуационными факторами, а также выраженным внутрличностным конфликтом больных между социальным запретом употребления ПАВ и напряженностью формирующегося патологического влечения [33]. Вместе с тем, переход от неврозоподобных пограничных расстройств к психопатоподобным расстройствам у больных опийной наркоманией происходит в более сжатые сроки, что обуславливается, вероятно, более форсированным течением героиновой наркомании по сравнению с алкоголизмом [2, 6, 7].

На второй, развернутой, стадии наркомании и алкоголизма психические расстройства у пациентов несколько различаются. У больных героиновой наркоманией наряду с психопатизацией личности нередко наблюдается шизоидизация, а у больных алкоголизмом психопатизация является начальным проявлением алкогольной (токсической) энцефалопатии, впоследствии расширяясь до психоорганического синдрома с интеллектуально-мнестическими, эмоционально-волевыми нарушениями.

В работах прошлых лет [10, 34], описывающих преимущественно зависимость от морфина, неоднократно подчеркивалось, что даже у «морфинистов со стажем» не выявлялось заметного снижения интеллекта. Тщательное исследование особенностей интеллектуально-мнестической деятельности больных указывало на их качественную сохранность при нарушении количественных показателей других сфер (внимания, эмоционально-волевых проявлений). Общее впечатление снижения интеллекта у больных опийной наркоманией было обусловлено спонтанно-анергичным фоном. Авторы указывали на своеобразие личностных изменений наркоманов с их отрывом от общества, вынужденной аутизацией, вялостью побуждений (исключая поиск наркотиков), ускользающим поведением. Все это, по мнению исследователей, приносило шизоидный налет на поведение больных и их личность в целом. Деграция же личности больных алкоголизмом с выделением классических четырех вариантов: истерического, астенического, эксплозивного, апатического, тем не менее, не содержит «шизоидного» варианта [30, 31]. Выделенный М. Е. Бурно (1983 г.) «простодушный» вариант деграции личности больных алкоголизмом еще более отдаляет описательные характеристики личностных изменений у больных обеих групп.

Наличие шизоидного радикала позволило выделить эндоформный тип личностных изменений больных наркоманией, который, в свою очередь, подразделяется на гипотимический, ипохондрический и спонтанный типы. Не отрицая наличия психоорга-

нических расстройств у больных наркоманией, автор указывает на их дополнительное токсическое происхождение в результате присоединения алкоголизма и интоксикации. Многие авторы поддерживают эту точку зрения: сами опиаты способны сформировать мощный *психоаддиктивный эффект*, искажающий структуру личности, способствующий психопатизации и шизоидизации больных. Токсическое действие наркотиков с формированием психоорганического синдрома связано с кустарным изготовлением препаратов, одновременным приемом других психоактивных веществ (ПАВ), «недоброкачественным» составом героина с множеством токсических добавок, а также злоупотреблением алкоголем.

Нейрофизиологические исследования объясняют причины некоторого клинического сходства в виде апато-абулических проявлений, затяжных субдепрессивных и «псевдоастенических» состояний, характерных как для больных героиновой наркоманией в периоды воздержания от злоупотребления ПАВ, так и для больных шизофренией. Автор обнаружил идентичные изменения у больных шизофренией с вялотекущим процессом без продуктивной симптоматики и больных героиновой наркоманией, проявляющиеся в сходных нарушениях деятельности высших психических функций коры головного мозга, а также в сглаживании межполушарной асимметрии мозга [4]. Сравнивая профили функциональной асимметрии мозга у больных алкоголизмом и наркоманией, авторы обнаружили нарушение латерализации на всех уровнях: моторной, сенсорной, когнитивной. Была высказана гипотеза о возможности преморбидных нарушений функциональной асимметрии мозга у лиц с риском развития алкоголизма и наркомании. Ссылаясь на работу О. Giotakos (2002 г.), в которой были выявлены сходные изменения, свидетельствующие о дисфункции левого полушария у больных различной психической патологией (шизофрения, расстройства личности) и опишной наркоманией, исследователи сделали предположение об единстве преморбидной предрасположенности мозга к разнообразной патологии, в том числе, и к зависимости от ПАВ.

В последние годы в литературе появились результаты нейрофизиологических и экспериментально-психологических исследований различных сфер психической деятельности, разнообразных функций головного мозга у лиц, злоупотребляющих опиатами.

Так же как у больных шизофренией, у больных героиновой наркоманией выявляется нарушение способности выделять значимую информацию на этапе когнитивного анализа звуковых сигналов; у них нарушены функции различения сенсорной информации и механизмы сравнения поступающей информации с эталоном, хранящимся в памяти [5]. Ничего похожего не наблюдается у больных алкоголизмом, у которых формируется традиционный для экзоген-

но-органических поражений психоорганический синдром с процессом демиелинизации нервных волокон, структурных изменений самих клеток.

Клиническое сходство между больными героиновой наркоманией с длительным «стажем» наркотизации и больными шизофренией с преобладающей негативной симптоматикой нашло свое отражение в лечении этих состояний. Авторы подчеркивают, что именно апато-абулические протрагированные астенические расстройства у героиновых наркоманов хорошо поддаются лечению.

Большой интерес представляет применение психотропных препаратов различных групп при лечении героиновой наркомании - нейролептиков [17], антидепрессантов [14], ноотропов [32]. Подобная полипрагмазия указывает на разнородные психические нарушения, как в периоды злоупотребления, *так и во время ремиссии различной длительности*. Максимальный «психофармакологический удар» приходится, несомненно, на период отмены, но и длительный постабстинентный период сопровождается назначением психотропных препаратов различного спектра действия [35]. Антидепрессанты наиболее востребованы в клинической наркологии на период воздержания при наркомании [13].

Вместе с тем, в настоящее время активно разрабатывается «эпилептогенная концепция» возникновения немотивированного пароксизмально-компульсивного патологического влечения к ПАВ в периоды ремиссии как возможной пароксизмальной активности лимбических структур. Проблема патологического влечения к ПАВ является стержневой в наркологии. Многократно описанные в литературе «психическая» и «физическая» зависимости образуют первичную базовую патологию, впоследствии порождающую вторичные проявления, отражающие суть алкоголизма и наркомании как заболеваний [3]. Существующие в научной литературе модели патологического влечения - феноменологические, когнитивные и условно рефлекторные, тем не менее, не всегда могут объяснить «беспричинные» рецидивы заболевания, когда больные отрицают сам факт влечения к ПАВ. С другой стороны, потребность в них возникает часто внезапно аутохтонно, приступообразно и реализуется без внутренней переработки и, тем более, борьбы, что характерно для пароксизмальных состояний. Вероятно, поэтому влечение к ПАВ при развернутом заболевании было обозначено авторами термином компульсивное [29, 31], а изучение структурно-динамических особенностей этого феномена позволило выделить, в том числе, пароксизмальный тип патологического влечения.

В современных концепциях патологическое влечение трактуется как психическая продукция, которая в зависимости от степени охваченности может иметь парциальную или генерализованную формы [1]. Это стало основанием для выдвижения «эпилеп-

тогенной» концепции патологического влечения. Как известно, механизмы эпилептогенеза играют не последнюю роль в клинике алкоголизма, особенно - абстинентных состояний. Многие ПАВ (барбитураты, транквилизаторы, алкоголь) оказывают кроме седативного действия и противосудорожное действие. Роль опиатов в этой цепи не до конца изучена, однако повышение судорожной готовности в состоянии синдрома отмены является клиническим фактом [1].

Исследование контингента больных наркоманиями (преобладали лица с героиновой зависимостью) еще более укрепило положение о немотивированных, пароксизмально возникающих психических «новообразованиях» в виде насильственных воспоминаний приема наркотиков, состояний «приходов», насильственных визуализированных представлений шприцев, вен, растворов и т.д. Явление, обозначенное В. Б. Альтшулером [1] как «*парциальная форма патологического влечения*», могло расширяться, «разжигаться» и доходить до *генерализованной формы влечения*, при которой идеаторный, аффективный компоненты дополнялись двигательнo-моторными признаками актуализации влечения в виде ажитации, «симптома тревожных ног», когда больные реализовали остро возникшую тягу к ПАВ.

В современной научной литературе процесс генерализации, «разжигания» обозначен термином «киндлинг». Теоретической моделью киндлинга послужили данные многочисленных экспериментов на животных, впоследствии экстраполированных на патологические состояния у человека. При повторении подпороговых раздражений лимбических структур мозга нарастает их возбудимость, эпилептиформная активность, которая не исчезает при отсутствии раздражения, распространяясь на другие структуры мозга и трансформируя поведение.

Практически всегда для «разжигания» необходим запускающий «триггерный» стимул, который весьма специфичен и индивидуален. Для больных алкоголизмом и наркоманиями степень специфичности снижается и унифицируется до проалкогольных и пронаркотических стимулов. Как известно, лимбическая система ответственна за эмоционально-волевые нарушения, причем ответственность накладывается не на высшие корковые эмоциональные и волевые проявления эпикритического содержания, а на низшие - протопатические эмоции, инстинкты и влечения.

Одним из приобретенных влечений (филогенетически не предусмотренных) является влечение к ПАВ, имеющее свои локусы в виде «центров удовольствия», «зон подкрепления», представляющих скопление опиатных рецепторов. По мнению нейрофизиологов и эпилептологов, именно лимбическая система и, в особенности, миндалевидное ядро, оказались наиболее подверженными судорожной активности. Авторы считают, что у человека киндлинг можно не заметить - «судорожный компонент

выражен тем меньше и наблюдается тем реже, чем выше стоит млекопитающее на эволюционной шкале» [7]. Концепция лимбической психотической триггерной реакции (ЛПТР), подробно описанная в аналитическом обзоре В. Б. Шостаковичем и О. В. Леоновой [39], расширяет границы диагностики пароксизмальных состояний, особенно, если они относятся к категории парциальных лимбических припадков. Исследователи, основываясь на десятках работ зарубежных авторов, предлагают выделить новый подтип парциальных лимбических припадков, подчеркивая их клиническое разнообразие. Так, показано, что механизмы киндлинга задействованы при маниакально-депрессивном психозе (вероятно, поэтому антиконвульсанты оказываются эффективными при купировании фазных состояний), при посттравматическом стрессовом расстройстве, при флэшбэках, однако в этих случаях киндлинг не приводит к эпилептиформному припадку, проявляясь на поведенческом уровне.

В завершение следует отметить, что *ремиссии* – это часть заболевания (независимо от вида химической аддикции, алкогольной или наркотической). Соответственно, к ним должны быть применены принципы интегративности и целостности, использован системный подход, что значительно облегчит процесс социальной, личностной, нравственно-духовной реабилитации ремиттентов.

Опиоидная зависимость относится к категории наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных заболеваний аддиктивного круга. Болезнь проявляется широким спектром психических нарушений, среди которых преобладают расстройства непсихотических психопатологических регистров. Клинико-психопатологический и структурно-динамический анализ этих психических нарушений требует постановки вопроса об их специфичности. По мнению ряда исследователей, нейробиологические механизмы зависимости от любых психоактивных веществ (ПАВ), безотносительно к их химической принадлежности и типу действия на ЦНС, имеют универсальный характер, что позволяет говорить об универсальном характере и самих проявлений зависимости [62,63]. Данная точка зрения, справедливая во многих отношениях, все же требует некоторых комментариев.

Известно, что в основе положительного подкрепляющего действия (*positive reinforcing effect*) наркотиков, являющегося необходимым условием формирования психической зависимости от них, лежит способность этих веществ изменять активность нейронов церебральной «системы вознаграждения» (*reward system*). Поскольку воздействие на эти нейроны сопровождается активацией эндогенных опиоидных пептидов, можно считать, что любые ПАВ имеют опиоидергический компонент подкрепляющего действия. «Система вознаграждения» включает в себя совокупность опиоидергических нейронов

ряда мозговых структур, в том числе - префронтальной коры больших полушарий, гиппокампа, locus coeruleus, nucleus accumbens, вентральных отделов tegmentum и зрительного бугра. Особую роль в развитии влечения к ПАВ и аддиктивного поведения играет миндалина мозга [64, 65].

Активация опиоидергических процессов приводит к усилению высвобождения дофамина нейронами, расположенными в указанных мозговых структурах [64]. Биологический смысл естественного функционирования опиоидергических проводящих путей «системы вознаграждения» заключается в поддержании пищевого и сексуального инстинктов и, следовательно, выживания вида. Вместе с тем, нельзя не принять во внимание, что действие ПАВ не сводится к их подкрепляющим эффектам. ПАВ оказывают многообразное воздействие на ЦНС и внесозговые физиологические функции, и механизмы этого воздействия существенно разнятся у веществ, принадлежащих к различным группам. Было бы логичным предположить, что различия в фармакологическом действии разных ПАВ (опиоидов, этанола, бензодиазепинов, кокаина, каннабиноидов и др.) обуславливают и существенные различия в клинических проявлениях расстройств, формирующихся при систематическом злоупотреблении этими веществами и тем более при возникновении зависимости от них. Кроме того, нельзя не принимать во внимание предположение, что типичные («ядерные») контингенты лиц, зависимых от различных психоактивных субстанций, должны характеризоваться и отличиями в преморбидных психических особенностях, определяющими их аддиктивные предпочтения. Особенности психотропного действия опиоидов, имманентные их фармакологическим свойствам, а именно: седативный, анксиолитический и снотворный эффекты, при хроническом злоупотреблении и зависимости от них не могут, по нашему мнению, не приводить к появлению невротических симптомов, достигающих максимального клинического выражения в период острой отмены наркотика.

Как известно, острая абстинентная симптоматика представляет, за некоторыми исключениями, противоположность симптомам интоксикации ПАВ. Например, отмена стимуляторов ЦНС (амфетаминов и кокаина) при систематическом злоупотреблении проявляется психофизическим угнетением. Хроническое употребление веществ с выраженными седативными, анксиолитическими и снотворными свойствами (опиоиды, без сомнения, относятся к этой категории ПАВ) сопровождаются развитием абстинентных состояний, проявляющихся тревогой, бессонницей, фобическими переживаниями. Это приводит к формированию психопатологических симптомов невротического круга. Невротические расстройства, вызванные злоупотреблением ПАВ, имеют тем большее клиническое выражение и, тем

более, затяжной характер, чем более сильными являются перечисленные выше свойства.

Фармакогенно обусловленные расстройства невротического спектра у лиц, злоупотребляющих опиоидами, в процессе развития получают психогенное закрепление с формированием антиципационных феноменов «невротического ожидания». В отношении способности приводить к формированию невротических нарушений опиоиды обнаруживают сходство с другими субстанциями, обладающими свойствами супрессоров ЦНС, в первую очередь - с производными бензодиазепина и алкоголем. Однако психические расстройства, возникающие в ходе злоупотребления опиоидами, транквилизаторами и алкоголем, имеют заметные различия, что, видимо, обусловлено фармакодинамическими и фармакокинетическими различиями в действии этих веществ на ЦНС, а также (что, может быть, еще более важно) в степени их наркогенности.

Анализ психических нарушений у больных опийной наркоманией не дает основания для выделения специфичных лишь для опиоидной зависимости, а тем более патогномичных для нее психопатологических феноменов. Психические расстройства непсихотических регистров, а также острые психозы, возникающие вследствие злоупотребления опиоидами, могут развиваться как в структуре других аддиктивных заболеваний, так и, тем более, в клинике неаддиктивных психических болезней. Дисфорические состояния, безусловно, представляют собой наиболее распространенный и наименее специфичный тип аффективных нарушений при злоупотреблении не только опиоидами, но и любыми другими ПАВ и поэтому не могут использоваться в качестве критерия дифференциальной диагностики. Равным образом это относится к астеническим и вегетативным расстройствам.

Существуют универсальные проявления аддиктивной личности, отмечаемые при всех формах наркомании и токсикомании, а также при алкоголизме: стремление к удовольствию и связанная с этим систематическая актуализация влечения к ПАВ, эгоцентризм, ослабление волевых процессов, лживость и т.д. Вместе с тем, особое сочетание психопатологических синдромов, формирующихся в ходе злоупотребления опиоидами, их динамика и соотношение одно с другим, позволяют говорить о специфических для опиоидной зависимости типах психопатологии и о специфическом психическом облике больных опийной наркоманией.

Особый характер психопатологии опиоидной зависимости, в первую очередь - проявляется типичным профилем личностных изменений у больных. Специфичность личностных изменений у больных опийной наркоманией становится наглядной при сравнении этих пациентов с лицами, страдающими кокаиновой зависимостью. Различия между двумя этими категориями пациентов наркологической кли-

ники проявляются следующими дифференциальными характеристиками. У лиц, систематически злоупотребляющих опиоидами, рано развиваются и быстро достигают максимального развития расстройства невротического спектра, оказывающие значительное влияние на характер формирующихся личностных сдвигов. «Фобия отмены» и другие невротические феномены играют большую роль в возникновении влечения к ПАВ и к увеличению потребляемых доз наркотика. Ничего похожего не отмечается при кокаиновой зависимости, хотя общие личностные изменения у лиц, злоупотребляющих кокаином, обычно выражены грубее и резче. Как уже указывалось выше, это разительное несходство объясняется различиями в психотропных эффектах психостимуляторов и супрессоров ЦНС и в клинических проявлениях синдромов отмены при злоупотреблении веществами обоих типов. Тягостные болевые ощущения и другие физические компоненты общего дискомфорта, обусловленного отменой опиоидов, а также тревога, фобии и другие невротические симптомы способствуют формированию критического отношения к болезни, мотивации к излечению и значительно чаще побуждают больных опишной наркоманией к поиску врачебной помощи, чем потребителей кокаина. Для больных опишной наркоманией нехарактерны грубые психоорганические изменения, констатируемые у лиц с кокаиновой зависимостью даже при небольшой длительности злоупотребления наркотиком. Последний дифференциальный критерий представляется нам особенно важным. Отсутствие выраженных дефицитарных нарушений психоорганического типа у большинства потребителей опиоидов позволяет наблюдать быстро прогрессирующие проявления аддиктивной деформации личности в относительно «чистом», не искаженном влиянием церебротоксического фактора виде. Психопатологические феномены при опишной наркомании, по сравнению с психическими расстройствами в клинике других заболеваний аддиктивного круга, характеризуются максимальной степенью клинической завершенности и максимальной возможностью выделения причинно - следственных отношений с позиций «понимающей психологии» К. Jaspers (1913 г.).

Отмеченные феномены мы склонны объяснять тем, что экзогенные опиоиды оказывают прямое, а не опосредованное, как другие ПАВ, влияние на физиологические процессы, происходящие в структурах «системы вознаграждения» при участии биогенных опиоидных пептидов. Получение еще более «чистой» (в смысле свободы от психоорганического и других сопутствующих факторов) модели аддиктивных расстройств, возможно, видимо, лишь с помощью прямой электрической стимуляции соответствующих мозговых зон. Особый характер психопатологии опиоидной зависимости проявляет-

ся и при сравнительной характеристике больных опишной наркоманией и больных алкоголизмом.

Несмотря на принадлежность опиоидов и алкоголя к общей категории супрессоров ЦНС, клинические проявления, психопатология и динамика синдромаобразования при опишной наркомании и алкоголизме имеют выраженные различия.

Как уже неоднократно указывалось нами в других публикациях, злоупотребление опиоидами значительно реже, чем злоупотребление алкоголем, сопровождается развитием психоорганических нарушений. Вместе с тем, у больных опишной наркоманией значительно более стремительными темпами развиваются тяжелые изменения личности по аддиктивному типу, приобретающие в ряде случаев злокачественный характер уже в первые годы болезни, чего практически не наблюдается при алкоголизме. Можно предположить, что в основе этих различий лежат три основных фактора: неидентичный характер нейрофизиологических изменений, связанных с развитием толерантности к опиоидам и алкоголю (физического компонента зависимости); выраженные отличия в степени наркогенности опиоидов и алкоголя (психического компонента зависимости); значительные отличия в токсичности опиоидов и алкоголя. Если первые две составляющие носят (с некоторыми оговорками) более доброкачественный характер при алкоголизме, то третья составляющая - церебротоксическое действие ПАВ, - напротив, значительно более доброкачественна при злоупотреблении опиоидами.

У больных опишной наркоманией, в отличие от больных алкоголизмом, не существует механизма прекращения массивного злоупотребления наркотиком вследствие токсических нарушений, подобного тому, который лежит в основе прекращения запоя при алкоголизме.

Степень желанности опиоидов значительно выше, чем алкоголя, и в очень небольшой мере подвержена колебаниям. Если многие больные алкоголизмом в постабстинентной фазе болезни чувствуют неподдельное отвращение к спиртному, то отвращение к опиоидам у больных наркоманией в сходной ситуации, в лучшем случае, носит декларативный характер, а в подавляющем большинстве случаев просто отсутствует. Крайне интенсивное влечение к опиоидам определяется очень наркогенным потенциалом, значительно превосходящим соответствующий показатель у этанола. Наконец, следует упомянуть о выраженных и необратимых изменениях физического и психического облика с формированием характерного *habitus* во многих случаях далеко зашедшего алкоголизма и подчеркнуть, что приобретенные изменения психофизической конституции могут сохраняться и при длительном воздержании от алкоголя, прочно стигматизируя больных. В то же время, в период даже непродолжительной ремиссии опишной наркомании внешние стигмы аддиктивной

болезни быстро и почти полностью исчезают и в случаях многолетнего систематического злоупотребления наркотиком. Очевидно, что аналогичные дифференциальные ряды сравнительной психопатологической оценки могут быть представлены при сопоставлении психических расстройств у больных опийной наркоманией и у лиц, злоупотребляющих каннабиноидами, бензодиазепинами, галлюциногенами и другими ПАВ, однако их приведение в контексте данного обсуждения было бы излишним.

Анализ клинических особенностей и динамики психопатологических проявлений опиоидной зависимости позволяет ставить вопрос о существовании нажитого в ходе злоупотребления опиоидами предпочтительного психопатологического реагирования у больных опийной наркоманией, представленного двумя основными типами: психогенными реакциями; экзогенно - церебральными реакциями. Основным проявлением психогенного реагирования, наиболее значимым для течения наркомании и определяющим её неблагоприятный прогноз, является универсальная аддиктивная реакция на фрустрирующее внешнее воздействие, а именно - актуализация влечения к опиоидам или альтернативным ПАВ. Это влечение, приводящее к продолжению или возобновлению потребления наркотиков, вопреки логике здорового индивида (однако в полном соответствии с логикой аддиктивной личности), возникает при любых неблагоприятных воздействиях, в том числе, связанных с последствиями употребления наркотиков. Примером наиболее парадоксального психогенного реагирования у больных опийной наркоманией является актуализация влечения к наркотику в ответ на смерть товарища, обусловленную фатальной передозировкой героина, на известия о собственном инфицировании ВИЧ, выявлении вирусного гепатита и т.д. Иными словами, события, которые должны были бы способствовать прекращению употребления ПАВ или хотя бы уменьшению этого потребления, часто лишь усиливают проявления аддиктивной болезни или провоцируют её рецидив. В основе этой универсальной психопатологической реакции лежат непереносимость дискомфорта, по-

вышенная психическая уязвимость, привычка к обретению чувственных удовольствий путем эксплуатации «системы вознаграждения» и остальные патологические характеристики, определяющие особый профиль аберрации личности при опийной наркомании.

Экзогенно-церебральные реакции у больных опийной наркоманией обусловлены недостаточно изученными, но при этом вполне очевидными нейрофизиологическими изменениями, обусловленными хронической интоксикацией опиоидами. Если толерантность к опиоидам является переменной величиной (и при некоторых видах лечения устраняется в течение нескольких часов), то измененный характер экзогенно-церебрального реагирования сохраняется значительно дольше (в ряде случаев - навсегда). Примерами измененного церебрального реагирования при опийной наркомании являются острые абстинентные психозы, особые лекарственные реакции, а также качественные и количественные проявления измененной реакции на алкоголь.

С достаточной степенью уверенности можно предполагать, что в основе двух охарактеризованных типов особого психопатологического реагирования лежат принципиально разные механизмы (хотя и в том, и в другом случае они могут рассматриваться в качестве функциональных образований). Измененные экзогенно-церебральные (например, лекарственные) реакции можно, по-видимому, объяснить в свете современных представлений о нейрональной пластичности или с помощью других нейрофизиологических категорий. В то же время, особый тип реакций на психогенные раздражители отражает аддиктивную деформацию личности и поэтому должен рассматриваться как исключительно психогенный феномен.

В связи с легкостью возникновения аддиктивных мотиваций у больных наиболее значимым для течения и прогноза наркомании является первый из выделенных типов психопатологического реагирования. Особый характер психопатологических проявлений опиоидной зависимости необходимо учитывать при составлении дифференцированных лечебных программ.

Список литературы:

1. Альтиулер В. Б. *Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии.* — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
2. Альтиулер В. Б. *Психопатологические расстройства у больных наркоманиями и токсикоманиями в период становления ремиссии и их лечение в стационаре: Методические рекомендации.* - М., 1989. - С. 1 - 15.
3. Альтиулер В. Б. *Соотношение биологического и социального в болезненном влечении к алкоголю и терапия алкоголизма нейролептиками // Сб. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма.* - М., 1976. - С. 68 - 71.
4. Арзуманов Ю. Л. *Нарушения межполушарных отношений вызванной электрической активности у больных шизофренией // Проблемы биологической психиатрии.* — М., 1979. — С. 64 - 73.
5. Арзуманов Ю. Л., Дудко Т. Н. и др. *Восприятие значимой информации у больных героиновой наркоманией // Вопр. наркологии.* — 2003. - №5. - С. 55 - 62.
6. Благов Л. Н. *Аффективные расстройства при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н.* — М., 1994. - 198 с.

-
-
7. Братанова С. Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией // *Вопр. наркологии*. — 2001. — №5. — С. 34-40.
 8. Вельтищев Д. Ю. с соавт. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогенетическое исследование) // *Соц. и клинич. психиатрия*. - 1992. - Т. 2, №4. - С. 54 - 60.
 9. Гольдрин С. Э. Особенности аффективных расстройств у больных опиатной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - М., 2003.
 10. Горовой - Шалтан В. А. О патогенезе морфинной абстиненции: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. - 1942. - 159 с.
 11. Гофман А.-Г., Бориневич В.-В., Рахлин И.-Д. Наркомании, токсикомании и их лечение: Методические рекомендации. - М., 1979.
 12. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 208 с.
 13. Иванец Н. Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю // *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам*. М.: Политек – Ф., 2000. — С. 8 - 16.
 14. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Чирко В. В. и др. О результатах и перспективах применения коаксила в наркологической практике // *Соц. и клинич. психиатрия*. - 1998. - №1. - С. 68 - 73.
 15. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). - М.: Медицина, 2000. - 121 с.
 16. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Применение препарата рисполепта (рисперидон) при лечении больных героиновой наркоманией // *Вопр. наркологии*. - 2001. - №6. - С. 11 - 18.
 17. Иванец Н. Н., Надеждин А. В. Применение клопиксола (зуклопентиксола) у подростков, страдающих героиновой наркоманией // *Вопр. наркологии*. - 2000. - №3. - С. 7 - 13.
 18. Игонин А. Л. с соавт. Медикаментозное лечение больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией // *Росс. психиатр. журнал* - 2003. - №2. - С. 52 - 54.
 19. Кардашян Р. А. Клиника аффективных нарушений при синдроме отмены, вызванных злоупотреблением героина и их корреляция с показателями обмена дофамина и серотонина // *Вопр. наркологии*. - 2003. - №5. - С. 43 - 55.
 20. Киткина Т. А. Клиническая характеристика терапевтических ремиссий у больных опиоидной наркоманией // *Ж. Вн.* - М., 1993. - №4. - С. 19 - 23.
 21. Киткина Т.А. Типология ремиссий у больных опиоидной наркоманией // *Сб. материалов межд. конф.* - М., 1993. - С. 312 - 315.
 22. Майкова Т. Н. Состояние вегетативной нервной системы у больных опиоидной наркоманией в фазе формирования ремиссии: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - Днепропетровск, 1992. - С. 228.
 23. Макагон Б. Я. Ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - М., 1985.
 24. Миртовская В. В. с соавт. Состояние вегетативной нервной системы в фазе ремиссии у больных опиоидной наркоманией // *Проблемы современной наркологии*. - М., 1991. - С. 72 - 74.
 25. Михайлов М. А. Психопатология опиоидной интоксикации // *Вопр. наркологии*. - 1992. - №1. - С. 21 - 28.
 26. Морозов Г. В., Баголепов Н. Н. Морфинизм. — М., 1984. - 174 с.
 27. Найденова Н. Г, Радченков А. Ф., Степанов А. В. Аффективные нарушения у больных опиоидной наркоманией и методы их коррекции // *Актуальные вопросы наркологии*. - М., 1990. - С. 215 - 217.
 28. Логосов А. В. Опиоидные наркомании (клинические, патохимические, терапевтические аспекты): Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. - Душамбе., 1992. - С. 309.
 29. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1973. - 368 с.
 30. Пятницкая И. Н. Материалы по изучению алкогольной энцефалопатии // *Алкоголизм*. - М., 1959. - С. 78 - 100.
 31. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994.
 32. Рохлина М. Л., Козлов А. А., Усманова Н. Н., Смирнова Е. А. Применение церебролизина при героиновой наркомании // *Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2001. - Т. 3, №3. - С. 98 - 101.
 33. Сиволап Ю. П. Непсихотические психические расстройства у больных опиоидной наркоманией // *Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. - 2002. - Т. 102, №1. - С. 26 - 29.
 34. Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий. - М.: Медгиз, 1956. - 356 с.
 35. Тихомиров С. М., Дрейзин М. Е., Суслов М. П. Оценка и перспективы применения рисполепта в терапии синдрома зависимости от опиатов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2001. - №3. - С. 96 - 97.
 36. Четвериков Д. В., Ирлицына И. Я. Коморбидность опиоидной наркомании и аффективных расстройств // *Вопр. наркологии*. — 2000. - №3. - С. 65 - 78.
 37. Шайдукова Л. К. Исследование личности больных алкоголизмом на разных этапах ремиссии // *Каз. мед. журн.* — 1991. — №1. - С. 32 - 34.
-
-

-
-
38. Шайдукова Л. К. Ремиссионные расстройства у больных алкоголизмом // *Каз. мед. журн.* - 2002. - №2. - С. 111 - 118.
39. Шостакович Б. В., Монова О. В. Концепция лимбической психотической триггерной реакции и её судебно-психиатрическое значение (аналитический обзор) // *Росс. психиатр. журнал* — 2004. - №1. - С. 60 - 67.
40. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. - М., 1979. - 288 с.
41. Adekan M., Green A. et al. Reliability and validity of Opiate Treatment Index among a sample of opioid users in the United Kingdom // *Drug and Alcohol Review.* — 1996. - Vol. 15, №3. - P. 261 - 270.
42. Cacciola J.S., Rutherford M., Alterman A.I. Use of Psychopathy Checklist with opiate addicts // *NIDA Res. Monogr.* — 1991. - №105. - P. 597-598.
43. Campbell W. G. Evolution of a residential program using the Addiction Severity Index and stages of change // *J. Addict. Dis.* - 1997. - Vol. 16, №2. - P. 27 - 39.
44. Childress A. R. et al. Are there minimum conditions necessary for methadone maintenance to reduce intravenous drug use and AIDS risk behaviors? // *NIDA Res. Monogr.* - 1991. — №106. - P. 167 - 177.
45. Daepfen J.B. et. al. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients // *J. Stud. Alcohol.* - 1996. - Vol. 57, №6. - P. 585 - 590.
46. Gossop M. et. al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psycho-metric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users // *Addiction.* - 1995. - №5. - P. 607 - 614.
47. Gossop M., Battersby M., Strang J. Self-detoxification // *Br. J. Psychiatry.* - 1991. - № 58. - P. 697 - 699.
48. Gossop M., Grant M. A six country survey of the content and structure of heroin treatment programmes using methadone // *Br. J. Addict.* - 1991. - Vol. 86, №9. - P. 1151 - 1160.
49. Grissom G. R., Bragg A. Addiction Severity Index: experience in the field // *Int. J. Addict.* - 1991. - Vol. 26, №1. - P. 55 - 64.
50. Hagman G. A psychoanalyst in methadonia // *J. Subst. Abuse. Treat.* - 1995. - Vol. 12, №3. - P. 167 - 179.
51. Hartel D. M. et al. Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use // *Am. J. Public. Health.* - 1995. - Vol. 85, №1. - P. 83 - 88.
52. Kaminer Y., Bukstein O., Tarter R. E. The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability // *Int. J. Addict.* - 1991. - Vol. 26, №2. - P. 219 - 226.
53. Kreek M. J. Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence // *Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.* - 1992. - №70. - P. 205 - 230.
54. Loimer N. 4 years methadone substitution therapy in Austria // *Wien. Klin. Wochenschr.* - 1992. - Vol. 104, №19. - P. 583 - 588.
55. Naber D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance after clinical variables // *Int. Clin. Psychopharmacol.* - 1995. - №10. - P. 133 - 138.
56. Nunes E. W. et al. Imipramine treatment of methadone maintenance patients with affective disorder and illicit drug use // *Am. J. Psychiatry.* - 1991. - Vol. 148, №5. - P. 667 - 669.
57. Rutherford M. J. et al. Gender differences in diagnosing personality disorder in methadone patients // *Am. J. Psychiatry.* - 1995. - Vol. 152, №9. - P. 1309 - 1316.
58. Rutherford M. J., Cacciola J. S., Alterman A. I. Assessment of object relations and reality testing in methadone patients // *Am. J. Psychiatry.* - 1996. - Vol. 153, №9. - P. 1189 - 1194.
59. Zanis D.A. et. al. Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? // *J. Community -Mem-Health.* - 1997. - №33 (3). - P. 213 - 227.
60. Шайдукова Л. К. Особенности «ремиссионных» психических расстройств у больных наркоманиями // *Журнал Наркология.* - Москва, 2006. - № 11. - С. 53-57.
61. Сиволап Ю. П. Постановка вопроса об особой психопатологии опиоидной зависимости // *Журнал Наркология.* - Москва, 2006. - № 5. - С. 51-53.
62. Анохина И. П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости: Руководство по наркологии. — М.: Медпрактика - М, 2002. - Т. 1. - С. 33 - 41.
63. Анохина И.П., Веретинская А. Г., Шамакина И. Ю. Генетика алкоголизма и наркомании: перспективы разработки маркеров наследственной предрасположенности к этим заболеваниям/ *Материалы XIII съезда психиатров России (10 - 13 октября 2000 г.).* — 227 с.
64. Bushell T., Endoh T., Simen A. A. et al. Molecular components of tolerance to opiates in single hippocampal neurons // *Mol. Pharma - col.* - 2002. - Vol. 61 (1). - P. 55 - 64.
65. Koob G. F. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies of the extended amygdala // *Eur. Psychopharmacol.* - 2003. - Vol. 13 (6). - P. 442 - 452.
-
-

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ФЕНИЛПРОПАНОЛАМИНОВОЙ НАРКОМАНИИ (обзор литературы)

А. Н. Рамм

г. Павлодар

Лечение больных фенилпропаноламиновой (далее - ФПА) наркоманией представляет собой комплексную проблему и включает в себя задачи как устранения проявлений патологической зависимости (влечение к наркотику, аффективные, поведенческие нарушения и т.д.), так и лечения последствий хронического злоупотребления наркотическим психостимулятором. Рассматривая доступные в литературных источниках данные о лечении этой категории больных, мы сочли необходимым проведение анализа этих исследований с позиций этиологии и патогенеза заболевания.

Основным этиологическим фактором развития экстрапирамидных расстройств у больных ФПА наркоманией является интоксикация марганцем, используемым в процессе приготовления наркотика. О том, что именно с токсическим действием марганца ассоциированы основные клинические проявления заболевания, свидетельствует клиническое сходство эфедроновой энцефалопатии и марганцевой интоксикации у шахтеров, добывающих марганцевую руду, а также у лиц, получавших парентеральное питание с высоким содержанием марганца или страдающих билиарным циррозом печени, при котором нарушено выведение марганца из организма [20, 25, 26, 29, 34]. В этой связи О. С. Левин и др. [12] подчеркивает, что «с теоретической точки зрения лечение эфедроновой энцефалопатии, как и других вариантов хронической марганцевой интоксикации, имеет три основных направления: скорейшее выведение из организмов ионов марганца, противодействие токсическим эффектам марганца и ослабление отдельных симптомов». Как показало проведенное им исследование, ускорение выведения марганца с помощью хелатирующих (комплексообразующих) соединений может предупреждать дальнейшее прогрессирование симптоматики. В качестве таких соединений при интоксикации металлами обычно используют различные соли этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА), хотя мнение об эффективности применения комплексообразующих веществ при марганцевой интоксикации, противоречиво. Так, J. Rodier et al. [41] сообщил об успешности проведения хелатной терапии у больных на ранней стадии марганцевой интоксикации. R. Penalver [40] подтвердил эти результаты у одного больного. В наблюдениях Cook et al. [27] получены неоднозначные результаты. Так, у двух из 6 больных улучшения не произошло. У остальных четырех отмечалось временное улучшение постуральной устойчивости и речи во время проведения хелатной терапии. Из-за высо-

кой нефротоксичности авторы рекомендуют применение ЭДТА короткими курсами. По данным R. Pahwa [39], препараты ЭДТА не эффективны. Вместе с тем T. Katsuragi et al. [32], K. Ono [38] при применении кальций-динатриевой соли (CaNa_2) ЭДТА зарегистрировали усиление экскреции марганца и уменьшение интенсивности T_1 сигнала при МРТ головного мозга. Т.Ф. Исмаилова [5] применяла CaNa_2 ЭДТА у 65 больных с энцефалопатией, развивающейся в результате злоупотребления марганецсодержащим стимулятором. Препарат назначался в течение 30 дней в виде внутривенных инфузий 20 мл 10% раствора, разведенного в 400 мл 0,9% NaCl, инфузии проводились через день. Автор сообщает об умеренном регрессе (на 9,5%) двигательных нарушений на начальных стадиях заболевания.

Н. Г. Найденова с соавт. [15] с целью детоксикации и восстановления нарушенного обмена веществ применяли препараты серы – унитиол, тиосульфат натрия. И. К. Соснин и соавт. [22] с этой же целью использовали методы сорбционной терапии. Однако достоверных данных, подтверждающих эффективность описываемых методов, нет.

Патогенез идиопатического паркинсонизма хорошо изучен и не вызывает сомнений, что ведущая роль принадлежит нарушению обмена дофамина в подкорковых ядрах. При разрушении черной субстанции снижается концентрация дофамина в полостях тела. Нарушается цикл превращений тирозин - ДОФА - дофамин [1]. Снижение уровня дофамина в хвостатом ядре приводит к растормаживанию ЦНС, нарушается контроль хвостатого ядра над ретикулоспинальными связями, что сопровождается увеличением времени тонической задержки мышц (стойкая деполяризация постсинаптической мембраны в передних рогах спинного мозга).

Как уже отмечалось ранее, клиника ФПА наркомании практически является описанием паркинсонизма при марганцевой интоксикации [3, 7, 12]. Наличие ведущего симптомокомплекса экстрапирамидных расстройств и улучшение состояния больных при применении дофаминергических средств свидетельствует о нарушении обмена дофамина в подкорковых структурах. Доказано, что марганец поражает именно подкорковые структуры [11, 16, 24]. Кроме этого, марганец обладает антихолинэстеразным действием. Он способствует накоплению ацетилхолина, вероятно, в тех же подкорковых структурах, что также является одним из патогенетических механизмов развития синдрома Паркинсона [7]. Помимо вышеуказанных причин формирования у боль-

ных ФПА наркоманией паркинсоноподобных расстройств, ряд авторов [2, 13, 31] указывают на возможность непосредственного влияния препаратов амфетаминового ряда на метаболизм церебрального дофамина в сторону усиления выделения его из пресинаптических окончаний и угнетения пресинаптических механизмов обратного захвата.

В связи с вышеизложенным, становятся очевидными попытки лечения экстрапирамидных расстройств противопаркинсоническими препаратами различных групп, оказывающими воздействие на различные звенья патогенеза ФПА наркомании.

Сведения об использовании препаратов леводопы при лечении больных марганцевой энцефалопатией противоречивы. G. C. Cotzias et al. [28], I. Mena [36], S. Mirowitz, T. Westrich [37] в своих исследованиях отмечали эффективность применения препаратов леводопы у значительной части больных. На положительные результаты использования леводопы и амантадина хлорида указывает W. Schunk [42]. В то же время Lu C. S., Huang C. S., Chu N. S., Calne D. B. [35] провели плацебо-контролируемое исследование у больных с марганцевой энцефалопатией, в котором леводопа не оказала терапевтического влияния на симптоматику паркинсонизма и дистонии. Первоначально складывалось впечатление о действии препарата, но этот эффект оказался непродолжительным. О. С. Левин [10] видит причину того, что лишь в небольшой части случаев можно добиться уменьшения симптомов паркинсонизма с помощью дофаминергических средств (препаратов леводопы и агонистов дофаминовых рецепторов), в поражении при интоксикации марганцем не nigro-стриарных дофаминергических, а паллидарных нейронов. И. А. Носатовский [17] отмечал хорошие результаты при использовании антагониста NMDA-глутаматных рецепторов - акатинола - мемонтинина. В 70% случаев его применения отмечалась редукция гипокинезии, повышение постуральной стабильности и речевой активности. Т. Ф. Исмаилова с соавт. [6] приводят данные об эффективности мексидола (этилметилгидроксипиридина сукцинат) - антигипоксанта, антиоксиданта, мембраномодулятора. Являясь ингибитором свободнорадикальных процессов, перекисного окисления липидов и активатором супероксиддисмутазы, он обладает способностью повышать активность эндогенной антиоксидантной системы. После курса терапии мексидолом зафиксировано уменьшение выраженности синдрома паркинсонизма на 10%; гипокинезии - на 10%; показатель постуральной устойчивости снизился на 14%. Ряд авторов [9, 23] указывает на эффективность бромокриптина (парлодела) в терапии экстрапирамидных нарушений у больных с марганцевой энцефалопатией.

Имеются сведения о лечении интеллектуально-мнестических расстройств (напрямую связанными с токсическим действием токсиканта на ЦНС) пре-

паратами различных групп. Практически все авторы отмечают эффективность применения ноотропов в больших (пирацетам до 2,5 - 3,0 г/сутки) дозировках [3, 8, 14, 15, 18, 23]. Так же часто в лечении пациентов применяются препараты, улучшающие мозговое кровообращение и трофику ЦНС (аминокислоты, препараты гидролизата и диализата мозга животных, блокаторы кальциевых каналов и др.). Н. П. Волошина, И. И. Левченко, И. В. Богданова [4] применяли при лечении больных ФПА наркоманией препарат нимодипин (нимотоп). Препарат является антагонистом ионов кальция и ориентирован на улучшение когнитивных функций и двигательной активности у больных деменцией. Более чем у половины больных отмечалось улучшение речи и мелкой моторики, а у 4-х - уменьшилась шаткость походки. На фоне терапии больные лучше адаптировались к бытовым нагрузкам. В своих наблюдениях О. С. Левин [10] делает вывод, что негативная динамика неврологической симптоматики может быть связана с окислительным стрессом, митохондриальной дисфункцией, эксайто-токсичностью и другими процессами. В соответствии с этим он предлагает использовать антиоксиданты и препараты, улучшающие митохондриальную функцию (такие как коэнзим Q10, креатин, Ginkgo biloba, ацетил - L - карнитин, никотинамид, α - липоевая кислота).

Поскольку в литературе есть указания на снижение уровня серотонина при паркинсонизме [21], патогенетически-обоснованным представляется использование антидепрессантов, тем более, что аффективные (как правило, депрессивного полюса) расстройства являются составной частью клинической картины заболевания. Как показывает опыт лечения больных ФПА наркоманией трициклическими антидепрессантами [9, 19], назначение препаратов этой группы ухудшает неврологическую симптоматику, хотя и способствует нормализации настроения и улучшает сон [30, 33]. Поэтому наиболее целесообразным, по мнению большинства авторов, является использование ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Например, А. В. Надеждин с соавт. [14] рекомендуют применение миансерина (леривон, от 60 до 90 мг/сутки) и тразодона (триптико, 300 - 450 мг/сутки). О. С. Левин при лечении своих пациентов использовал циталопрам (20 мг/сутки), флуоксетин (20 мг/сутки). Длительность назначения антидепрессантов во всех исследованиях составляла не менее 60 дней (в среднем - 3 месяца).

Наиболее сложным и спорным в терапии больных ФПА наркоманией остаётся вопрос лечения патологического влечения к наркотику (а так же ассоциированных с ним поведенческих нарушений) нейрореплетиками. Ввиду наличия выраженных экстрапирамидных расстройств у пациентам этой категории противопоказано применение «классических» нейрореплетиков. Так, в наблюдениях Ю. Б. Тузиковой [23] у одного больного назначение галоперидола в дозе

4,5 мг/сутки на третий день лечения привели к сильному слюнотечению, ещё большей невнятности речи, усилению крупноразмашистого дрожания конечностей. Добиться улучшения состояния больного не удалось; как психические, так и неврологические симптомы медленно прогрессировали. По данным А. В. Надеждина [14] вопрос о терапии больных ФПА наркоманией решается индивидуально, с учётом стадии заболевания и выраженности социальной дезадаптации пациента. По мере нарастания патологического влечения, аффективных нарушений и поведенческих девиаций он рекомендует назначать тиоридазин (сонапакс по 150 - 200 мг/сутки) в сочетании с транквилизаторами (феназепам – от 4 до 8 мг/сутки). Н. Г. Найденова с соавт. [15] указывает, что для купирования дисфории и других психических нарушений хороший эффект оказывают тиоридазин (сонапакс – 60 мг/сутки), сульпирид (эглонил - 300 мг/сутки). И. А. Носатовский рекомендует при обострении патологического влечения к наркотику назначать нейролептики - флуанксол, рисполепт [16]. М. В. Панасенко [19] категорически отрицает возможность применения нейролептиков; он рекомендует применение бензодиазепинов очень коротким курсом (диазепам до 40 мг/сутки на 2 - 3 дня). Его мнение разделяет и ряд других авторов [12, 22], видя альтернативу применению нейролептиков в использовании транквилизаторов.

Заключение

Исходя из вышесказанного, в вопросе терапии психических и соматоневрологических расстройств,

формирующихся в результате злоупотребления фенилпропаноламином, следует выделить следующие моменты.

Основным компонентом терапии является скорейшее выведение марганца из организма с помощью хелатообразующих соединений.

Лечение паркинсоноподобных расстройств является патогенетически и синдромально обоснованным, но ввиду анатомо-физиологических особенностей пациентов практически реализуется путём подбора препаратов различных групп (ДОФА-содержащие, холинолитики, антагонисты NMDA-глутаматных рецепторов и др.), а так же их индивидуальных дозировок.

Обязательным условием положительной динамики пациентов является применение препаратов, улучшающих трофику ЦНС, мозговое кровообращение, а так же антиоксидантов и средств, улучшающих митохондриальную функцию. В случае применения антидепрессантов следует отдавать предпочтение селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. Использование нейролептиков при ФПА наркомании представляется спорным; более безопасными являются атипичные представители этой фармакологической группы. Ввиду неоднозначности имеющихся данных об эффективности и безопасности различных препаратов, при назначении любого лекарственного средства у пациентов с ФПА наркоманией должно быть учтены все «за» и «против» в аспекте их возможного взаимодействия, а так же влияния на патогенез заболевания.

Список использованной литературы:

1. Бархатова В. П. *Нейротрансммиттеры и экстрапирамидная патология.* — М., 1988.— 176 с.
2. Башкатова В. Г., Маликова Л. А., Панченко Л. Ф. *Механизмы нейротоксического действия амфетаминоподобных психостимуляторов: роль оксида азота* // *Наркология.* — 2004. — №2. С. 9 - 12.
3. Волошина Н. П., Тайцлин В. И., Линский И. В., Богданова И. В., Кузьминов В. Н. *Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект»* // *Український вісник психоневрології.* — 2000. — Т. 8, вып. 2. - С. 74 – 76.
4. Волошина Н. П., Левченко И. Л., Богданова И. В. *Злоупотребление эфедриноподобными психостимуляторами и применение препарата нимотоп для его коррекции* // *Ж. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2004. — С. 51 - 55.
5. Исмаилова Т. Ф. *Особенности клинических проявлений токсической энцефалопатии, вызванной злоупотреблением суррогатных психоактивных веществ, содержащих марганец. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук, М. 2005.* — 27 с.
6. Исмаилова Т. Ф., Федорова Н. В., Савченко А. М. *Лечение больных токсической энцефалопатией, вызванной употреблением содержащих марганец суррогатных психоактивных веществ* // *Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* — 2005. — Т.105, вып. 12. — С. 18 – 21.
7. Карлов В. А. *Интоксикация нервной системы/Болезни нервной системы (Рук. для врачей): под ред. П. В.Мельничука.* — М., 1982.— С. 281 - 290.
8. Кошелева Т. С. *Стойкие психические расстройства вследствие злоупотребления психостимуляторами с амфетаминоподобным действием. Автореф. дисс. ...с канд. мед. наук. М. — 2005.* — 31 с.
9. Кузьминов В. Н., Абросимов А. С. *Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний* // *Лекарственные средства в наркопсихофармакологии* /Под ред. В. А. Шаповаловой и В. В. Шаповалова. — Харьков: Прапор, 2002. — С. 68 – 107.
10. Левин О. С. *Эфедроновая энцефалопатия* // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова: Рецензир. науч.- практ. журн. /Всерос. общ - во неврологов, Всерос. общ - во психиатров.* - 2005. - №7. - С. 12 - 20.

-
-
11. Левин О. С., Иллариошкин С. Н. Вторичный паркинсонизм. В кн.: Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Под ред. В. Н. Штока и др. М: Медпресс-информ. - 2002.
 12. Левин О. С., НВ. Федорова, Р. А. Амосова, В. Р. Шток. Эфедроновый паркинсонизм // Неврологический журнал. - 2000. - №2. - С. 8-15.
 13. Михалев И. В. Экстрапирамидные расстройства у больных с хронической амфетаминоподобной интоксикацией // Вопросы наркологии. - 2003. - №2. - С. 43 - 45.
 14. Надеждин А. В., Тетенюва Е. Ю., Хохлов С. Е., Авдеев С. Н. Злоупотребление амфетаминоподобными веществами, кустарно изготовленными на основе фенилпропаноламина // Вопросы наркологии. - 2000. - №1. - С. 45 - 49.
 15. Найденова Н. Г., Найденова И. И., Власова И. Б. Фенилпропаноламинавая токсикомания // Вопросы наркологии. - 2000. - №4. - С. 16 - 22.
 16. Носатовский И. А., Гофман А. Г. Нервно-психические расстройства при фенилпропаноламинавой наркомании. // Вопросы наркологии - 2002. - № 5. - с. 73 - 77.
 17. Носатовский И. А. Наркомания, вызванная кустарным стимулятором на основе фенилпропаноламина. Наркология. - 2003. - №7. С.35-41.
 18. Носатовский И.А. Фенилпропаноламинавая наркомания. Авт. дис. ... докт. мед. наук., М. - 2007
 19. Панасенко М. В. Возможности патогенетического лечения неврологических расстройств у лиц с зависимостью от психостимуляторов // Украинський вісник психоневрології. - 2005. - Т.13, вып. 3. - С. 32 - 35.
 20. Рыжкова М. Н., Тарасова Л. А. О патогенезе и лечении марганцевого паркинсонизма. // Гигиена труда. - 1975. - №11С. 31 - 34.
 21. Садеков Р. А., Вейн А. М. Лечение паркинсонизма. - М.: Мед. информ. агентство, 2001. - 96 с.
 22. Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф., Кузьминов В. Н., Жемчугова Н. И., Осипов А. А. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архив психіатрії. - 2001. - №4. - С. 117 - 122.
 23. Тузикова Ю. Б. Случаи зависимости от нового самодельного психостимулятора на основе фенилпропаноламина // Вопросы наркологии. - 2000. - №1. - С.49 - 55.
 24. Яценко А. Б. Функциональные изменения при субклинической стадии мангантоксикоза у горняков. / Гігієна праці. - 1998. - № 4.- С. 136 - 138.
 25. Barbeau A. Manganese and extrapyramidal disorders. Neurotoxicology 1984; 5: P.13 - 35
 26. Calne D. B., Chu N. - S., Huang C. - C. et al. Manganism and idiopathic parkinsonism: Similarities and differences. Neurology 1994; 44: 1583-1586.
 27. Cook D. G., Fahn S., Brait K. A. Chronic manganese intoxication // Arch. Neurol. - 1974. - Vol.30. - P. 59 - 64.
 28. Cotzias G. C., Horiuchi K., Fuenzalida S. and Mena J. Chronic manganese poisoning: Clearance of tissue manganese concentrations with persistence of the neurological picture // Neurology (Minnear). - 1968. - Vol.18. - P. 376 - 382.
 29. Fell J. M., Reynolds A. P., Meadows N. et al. Manganese toxicity in children receiving long-term parenteral nutrition. Lancet 1996; 347: P. 1218 - 1221.
 30. Giannini A. J., Malone D. A., Giannini M. C., Price W. A. and Loiselle R. H. Treatment of depression in chronic cocaine and phencyclidine abuse with desipramine // J. Clin. Pharmacol. - 1986. - Vol. 26. - P. 211.
 31. Kalix P., Braenden O. Pharmacological aspects of the Chewing of Khat leave // Pharmacol. Rev. - 1985. - Vol.37, N. 2. - P. 149 - 164.
 32. Katsuragi T., Takahashi T., Shibuya K. et al. A patient with parkinsonism presenting hyperintensity in the globus pallidus on T1-weighted MR images // Rinsho Shinkeigaku. - 1996. - Vol. 36. - P. 780 - 782.
 33. Kokinidis L., Zacharko R. M., Predy P.A. Post-amphetamine depression of self-stimulation responding from the substantia nigra. Reversal by tricyclic antidepressants // Pharmacol. Biochem. Behave. - 1980. - Vol.13. - P. 379 - 383
 34. Krieger D., Krieger S., Jansen O. et al. Manganese and chronic hepatic encephalopathy. Lancet 1995; 346: P. 270 - 274.
 35. Lu C. S., Huand C.C., Chu N. S., Calne D. B. Levodopa failure in chronic manganism // Neurology. - 1994. - V.44, №9. - P.1583 - 1586.
 36. Mena I. Manganese poisoning // Handbook of clinical neurology / Vinken P. J., Bruyn G. W., eds. - Amsterdam: Elstvier - 1979. - Vol.36. - P. 217 - 237.
 37. Mirowitz S. A., Westrich T. J. Basal ganglial signal intensity alterations: Reversal after discontinuation of parenteral manganese administration // Radiology. - 1992. - V.185. - P. 535, 536.
 38. Ono K., Komai K., Yamada M. Myoclonic involuntary movement associated with chronic manganese poisoning // J.Neurol.Sci. - 2002. - V.15. - P. 93 - 96.
 39. Pahwa R. Toxin-induced parkinsonian syndromes // Movement Disorders / Eds R.Watts, W.Koller, New York. - 1997. - P. 315 - 323.
 40. Penalver R. Diagnosis and treatment of manganese intoxication // Arch. Industr. Health - 1957. - Vol.16. - P. 64.
 41. Rodier J. Manganese poisoning in Moroccan miners // Brit. J. Industr.Med. - 1955. - Vol.12. - N.1. - P. 21 - 35.
 42. Schunk W. New aspects of chronic occupational poisoning // Z. Gesamte Inn Med. - 1982. - V. 37 (6). - P. 177- 180.
-
-

СТАДОЛОВАЯ НАРКОМАНИЯ

М. Т. Шайкенов, П. К. Жолымбеков, Д. К. Оразбеков

г. Шымкент

Злоупотребление наркотическими и токсическими веществами относится к разряду высокозначимых социальных проблем. Если учесть, что наркотические средства потребляют, в основном, молодые люди в возрасте до 25 лет, то становится понятной актуальность проблемы распространения наркоманий и важность своевременного выявления и лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью. Последние годы участились случаи обращения в стационар с зависимостью от Стадола. С 2001 года в областном наркологическом центре Южно – Казахской области пролечено 16 человек, больных наркоманией, по ряду причин перешедших на внутривенное или внутримышечное потребление Стадола. Большинство из них перенесли оперативные вмешательства и переломы костей различного характера. Возраст больных составлял от 20 до 40 лет (средний возраст 27 лет). Среди пролеченных больных наблюдались 4 женщины.

Действующее вещество в составе Стадола: Бупрофанола тартрат.

Фармакологическое действие: опиоидный анальгетик из группы агонистов-антагонистов опиоидных рецепторов.

Препарат Стадол применяется при болевом синдроме средней и сильной интенсивности различной этиологии, премедикаций и при послеоперационном обезболивании. Длительность заболевания варьировала от 1 до 28 месяцев. У всех без исключения больных на момент лечения отмечался внутривенный или внутримышечный приём психоактивного вещества.

Все больные перешли на внутривенный или внутримышечный приём Стадола по ряду причин:

- для купирования абстинентного синдрома героиновой наркомании вне условий стационара;
- в связи с доступностью в аптечной среде и некриминальностью препарата (1 ампула Стадола стоит 250 - 280 тенге, тогда как 1 грамм героина - 2000 - 2500 тенге);
- в связи с существующей психической зависимостью и в то же время нежеланием больного наркоманией, находящимся в ремиссии, вновь становиться зависимым от героина, так как Стадол не вызывает такой сильной психической и физической зависимости, как героин;
- некоторые больные употребляют Стадол для снятия болевого синдрома. Дозы употребляе-

мого Стадола составляли от 2,0 до 14,0 мг/сутки. Переход на употребление Стадола больными героиновой зависимостью, вызывает возникновение быстрой зависимости к нему (1 - 2 недели), вызывает различные выраженные соматоневрологические расстройства.

При отнятии Стадола наблюдался алгический эффект в местах ранее проведенных операций и в наиболее уязвимых органах. Отмечались соматовегетативные расстройства и психопатологические проявления, выражающиеся в нарушении сна, зевоте, ознобе, переходящем в жар и, наоборот, в холод при измерении температуры тела в пределах нормы, а также нарушение пищеварительной системы:

- отсутствие аппетита;
- запор;
- тошнота;
- рвота;
- утомляемость;
- головокружение;
- ригидность мышц;

а также тоскливость, чувство безнадежности, напряженности, раздражительность, тревожность.

Абстинентный синдром купировался на 3 - 5 сутки от начала лечения. Сравнительно долго больных беспокоили бессонница и чувство тоски, безнадежности, которые купировались к 10 - 14 суткам. Проводилось также витаминотерапия, дезинтоксикационное и симптоматическое лечение.

При обследовании в процессе лечения у больных наблюдались следующие изменения соматического состояния:

- алиментарная дистрофия у 9 больных;
- железодефицитная анемия у 5 больных;
- токсический гепатит у 3 больных.

Вывод: употребление Стадола вызывает выраженную психическую зависимость, которую можно сопоставить с зависимостью от опиоидов (героин), хотя физическая зависимость менее выражена.

Таким образом, врачам соматической практики необходимо назначать Стадол с особой осторожностью. Длительность приёма не должна превышать 5 - 6 раз на курс и общая доза не должна превышать 4 мг в сутки. Также возникает необходимость отпуска в аптечной сети данного препарата строго по рецепту.

ТҮЙІН

«НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК ЖӘНЕ ОНЫ КӨРСЕТУДЕГІ АЗАМАТТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫНЫҢ КЕПІЛДІГІ» ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ЗАҢЫНЫҢ ЖОБАСЫ МЕН ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ

А. Л. Катков

А. Л. Катковтың «Наркологиялық көмек және оны көрсетудегі азаматтардың құқықтарының кепілдігі» Қазақстан Республикасы Заңының жобасы мен тұжырымдамасы» мақаласында осыдан бұрынғы бұған ұқсас жасалған ақырғы заң жобасының нұсқасы «Наркологиялық көмек және оны көрсетудегі азаматтардың құқықтарының кепілдігі» Қазақстан Республикасы Заңының жобасы мен тұжырымдамасы ұсынылған. Бұл нұсқада алғашқы наркологиялық көмек қызметінің регламенттеуі жеңілдетілген. Ерікті емес наркологиялық көмек көрсету тәсілдері жаңадан қалыптастырылған. Берілген нұсқада көмектің ақырғы түрі сәйкес соттың шешімі мен клиникалық көрсеткіштер болған уақытта құқық бұзғаны үшін болуы мүмкін жаза балама ретінде ғана қаралады.

БАЛАЛАР МАСКҮНЕМДІГІ МЕН НАШАҚОРЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК-ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ПРОБЛЕМА РЕТІНДЕ

Т. М. Ахметова, З. К. Күлшәріпова, Т. А. Құсаинова

Мақалада балалар маскүнемдігі және нашақорлық, олардың себептері мен әлеуметтік зардаптарына тән ерекшеліктер қатары ашылған. Қосымша білімнің және отбасы мен мектептегі бала тәрбиесінің рөлі көрсетілген.

МАСКҮНЕМДІК ПЕН НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ЗАРДАПТАРЫНЫҢ РӨЛІ ТУРАЛЫ

Т. О. Винокурова, А. С. Рақышева, Ш. М. Тлеубаева

Бүгінгі күнге наркологиялық аурулар салдарынан келтірілген психологиялық, экономикалық және медициналық нұқсандарға байланысты проблемалардың кең кешені сарапталады. Маскүнем және нашақор аурулардың туыскандарының бірлескен тәуелділік тәртібі проблемасына көп көңіл бөлінген. Маскүнемдік пен нашақорлықтың отбасына әсері айтылған.

НАШАҚОРЛЫҚ ГЕНЕЗІНДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ РӨЛІ

А. А. Құлынбаева, О. В. Кабанен, Ж. К. Бектемиров

Бұл мақалада біз алдымызға қаралып жатқан проблеманың барлық қиындығын, бұл үрейлі кеселдің қиын жазылатынын ашу мақсатын қойдық. Осының негізінде біздің бірінші дәрежедегі мақсатымыз есірткіге әлеуметтік иммунитет немесе есірткіге қарсы тұрақтылық қалыптастыру болып табылады.

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОРҒАНЫС НЫСАНДАРЫ

А. А. Құлынбаева, О. В. Кабанен, Ж. К. Бектемиров

Бұл мақалада біз алдымызға жеке тұлға типі бойынша наркологиялық аурулардың психологиялық қорғаныс нысандарының барлық күрделілігін ашу мақсатын және осының негізінде берілген білімді оңалту бағдарламаларына қолдануды алдымызға қойдық.

ТЕРАПИЯЛЫҚ ҚАУЫМДАСТЫҚ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫ ОҢАЛТУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

С. Н. Молчанов, Ә. З. Нұрғазина, О. Ю. Дробитько, С. Ж. Кокпенов, И. К. Тотина, С. К. Ахметжанова

Мақалада қазіргі кездегі өмірді қамтамасыз етудің жеке сәттері және наркологиялық ауруларды оңалтудың ұтымды әдісі терапиялық қауымдастық ретінде көрсетілген.

Өзекті сөздер: терапиялық қауымдастық, микросоциум, есірткіден тәуелділік.

БІРЛЕСКЕН ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ КРИТЕРИИЛЕРІ МЕН ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ә. З. Нұрғазина, С. Н. Молчанов, О. Ю. Дробитько, И. К. Тотина, С. К. Ахметжанова

Қазіргі кезде нашақорлықты, токсикоманияны, маскүнемдікті жиі жалпы бір терминге біріктіреді – психикалық белсенді заттардан тәуелділік. Психикалық белсенді заттардан тәуелділік – отбасылық ауру. Отбасының бір мүшесінің ПБЗ тәуелділігі отбасының ішкі қарым-қатынастарын шарасыз бұзады. Отбасы мүшелері бірлескен тәуелділік деген терминмен көрсетілген бұзылысты тауып алады (бірлескен -сөз алды қосымшасы, біріккен, үйлескен әрекеттерді, жағдайларды көрсетеді).

Бірлескен тәуелділік - аурудың рецидив тәуелділігінің тәуекел факторы.

Бірлескен тәуелділік - бұл ұрпақтарда түрлі бұзылымдар пайда болуының тәуекел факторы, бірінші кезекте – сол тәуелділіктің тәуекелі. Маскүнем немесе нашақор ауруды емдеудің төмен тиімділігі туралы айтқанда, «ауру сол ортаға қайта оралды» деп қынжылады. Шынында, көңіл күйді өзгертетін заттарды қолданатын орта, рецидивке себеп болады. Бірақ ауру емделгеннен кейін сол ішкі отбасылық ортаға қайтып келуі маңыздыдан кем емес.

ЕСІРТКІДЕН ТӘУЕЛДІ ТҮЛҒАЛАРДЫ ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУДЫҢ НЕГІЗІ ТӘСІЛДЕРІ МЕН ПРИНЦИПТЕРІ

Т. В. Пак, С. Н. Молчанов, Н. В. Асланбекова, О. В. Ермолаев

Бұл мақалада мақсаттар мен функционалдық міндеттер, сондай-ақ Нашақорлықтың медициналық - әлеуметтік проблемаларының Республикалық ғылыми – практикалық орталығының (бұдан әрі - Орталық) құрылымдық шағын бөлігі болып табылатын әлеуметтік оңалту бөлімшесінің ұйымдастыру принциптері мен қызметінің жалпы жағдайларына қысқаша шолу беріледі.

ЕСІРТКІДЕН ТӘУЕЛДІ АУРУДЫҢ ӨЛІММЕН АЯҚТАЛҒАН КРАШ-СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ САРАПТАМАСЫ

Д. К. Айтбаев, С. В. Сыздықов, С. Т. Амренова, И. А. Арабок, Р. Л. Жалтыров,
Д. А. Жакупова, К. Б. Қожанов, Н. К. Мейірханов, Д. Д. Айтбаева

Бүгінгі күні мидың көптеген абсцестерін емдеу күрделі, кейде шешілмейтін проблема болып қалып отыр. Бұл патологиямен түрлі әдебиеттік деректер бойынша өліммен аяқталуы 85% тен 100% дейін жетеді.

КОКАИННАН ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ПСИХОФАРМОТЕРАПИЯСЫ

Т. О. Винокурова, А. С. Рақышева

Қазақстан Республикасында есірткіден тәуелділіктің ауқымы едеуір және таралу қарқыны (ақырғы жалпы аурудың өсуі 10 жылда - 10,3 есе; алғашқы рет аурудың өсуі 19,7 есе). Мас болуды сараптау саласында жұмыс көрсеткендей, кокаинды қолдану жағдайларына байланысты психикалық бұзылымдардың диагностикасы қиындады және практикалық дағдыны талап ететін сараптамалар пайда болды.

НАРКОЛОГИЯДАҒЫ КЕЗЕК КҮТТІРМЕЙТІН ЖАҒДАЙЛАР

О. В. Кабанен, А. А. Құлынбаева, Ж. К. Бектеміров, Т. О. Винокурова

Дәрігердің интенсивті терапияны жүргізе білетін және пайда болған қиындықтарды уақытында жоя білетін дағдысы болу керек. Наркологияда кезек күттірмейтін жағдайлардың терапиясын табысты жүргізу, бұл аурулар контингентінің өміріне қауіпті асқынулардың дамуын болдырмау ғана емес, аурудың барысына толық әсер етеді.

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА НЕЙРОЛЕПТИКТЕРДІ ҚОЛДАНУ

О. В. Кабанен, А. А. Құлынбаева, Ш. М. Тлеубаева

Мақалада шығу тегінің критериилері және психопатологиялық қатыстылық негізінде наркологиялық аурулардың психикалық бұзылымдарының типологиясы ұсынылған. Психикалық белсенді заттарға (ПБЗ) фармакорезистенттілік аурулық еліктеу және басқа аддиктивтік еліктеу проблемасы қаралған. Наркологиялық практикада нейролептиктерді ұтымды пайдалану көрсеткіштері айқын көрсетілген. Хлорпромазиннің, галоперидолдың, клозапиннің жанама әрекеті және клиникалық тиімділігінің салыстырмалы сипаттамасы келтірілген.

ДОЛБАРЛАП ЖАСАЛҒАН ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЛАРДАН ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМДЕУДІҢ ХАТТАМАСЫНЫҢ ЖОБАСЫ

А. Н. Рамм, В. В. Башилов, Н. А. Иманбердиев, О. В. Лаврентьев

Жарияланым НМӨП РФПО қызметкерлерінің 4 жылғы практикалық еңбектерінің нәтижесі болып табылады. Мақалада фенилпропаноламин негізінде дайындалған препараттардан тәуелділікпен азап шегуші аурулардың диагностикасы мен емдеудің хаттамасының жобасы ұсынылған. Ұсынылған емдеу әдістемелері ФПА нашакорлығында қолданылатын терапияның дәстүрлі әдістерінен өте жоғары тиімділігімен ерекшеленеді.

АЛКОГОЛЬ МЕН ЕСІРТКІГЕ САЛЫНУШЫ ТҮЛҒАЛАРДЫҢ АЗАМАТТЫҚ ПРОЦЕСТЕГІ СОТТЫҚ – НАРКОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМАСЫ

Т. О. Винокурова, А. С. Рақышева, Н. Ф. Загребельный

Мақала Астана қаласындағы ЦМСР дәрігерлерінің жұмыс тәжірибесінің психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) асыра пайдаланушы тұлғаларға азаматтық процесте соттық-наркологиялық сараптама жүргізу проблемасына арналған. Осы сияқты қызметті регламенттеуші құқықтық актілер қаралады. Екі түрлі сараптама жүргізу шарасы суреттеледі: алкоголь мен есірткіні асыра пайдаланушы тұлғаның әрекетінің шектелуі, және наркологиялық аурулардың жасаған әрекетінің жарамсыздығын мойындау.

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК ЖҮЙЕСІНДЕ ДӘРІГЕРЛІК ҚҰЖАТТАРДЫ ЖҮРГІЗУ САПАСЫНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ ТУРАЛЫ

А. П. Гаськов, Т. Г. Ковина, Р. М. Кощегулова, Ю. А. Россинский

Бұл жұмыста наркологиялық көмек жүйесіне медициналық құжаттарды сапалы жүргізу барысын бақылауға болатын және енгізу нәтижесінде экономикалық және технологиялық әсерге жететін электрондық ауру тарихын енгізу өзектілігі негізделеді. «ESAG» сарапшы жүйесі электрондық ауру тарихын жасаудың тұғырнамасы ретінде баяндалған. Бұл тарихқа арналған білім базасы параметрлерінің жасалымының принциптері көрсетілген.

АҚЫЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ ТУРАЛЫ, СОНЫҢ ІШІНДЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ОҢАЛТУ БАҒЫТЫ БОЙЫНША

Т. В. Пак, С. Н. Молчанов, Н. В. Асланбекова, С. Б. Смаков

Бұл мақалада ақылы медициналық қызмет көрсету ережелері мен тәртіптері бойынша жалпы жағдайларға қысқаша шолу беріледі, соның ішінде есірткіден тәуелді тұлғаларға әлеуметтік оңалту бөлімшелерінде әлеуметтік-оңалту қызметі бойынша. Сондай-ақ ақылы қызмет көрсету бойынша есептеу тәртібі мен есеп беру және ақылы қызметтен түскен қаражатты мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінің ұйымдарында пайдалану тәртібі баяндалған.

ӘЛЕУМЕТТІК ҚАЙТА БЕЙІМДЕЛУ КЕЗЕҢІНДЕ АПИЫНДЫҚ ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ КЛИНАКАЛЫҚ БАЙҚАЛУЛАРЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫН ЗЕРТТЕУ (әдебиеттік шолу)

Б. А. Азанова, Т. О. Винокурова, А. С. Рақышева,
Н. Ф. Загребельный, И. К. Тотина, С. К. Ахметжанова

Мақалада ремиссия кезеңінде героиндық (апиындық) нашақор ауруларды ұстау және психопатологиялық бұзылымдар типологиясы қаралған. Бұл ауруларды дифференциалдық терапиялық емдеу тактикасы талқыланады. Химиялық тәуелділік синдромының дамуының негізгі патогендік тұжырымдамаларына көп көңіл бөлінген. Опиоидтық тәуелділіктің психопатологиялық белгілерінің ерекше сипаты туралы мәселе талқыланады. Апиындық нашақор аурулардың айрықша психопатологиялық әрекетінің екі түрі белгіленген: психогендік және экзогендік - церебралдық реакциялар.

ФЕНИЛПРОПАНОЛАМИНДІК НАШАҚОРЛЫҚТЫ ДӘРІЛІК ЕМДЕУДІҢ ЭТИОПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ТӘСІЛІ (әдебиеттерді шолу)

А. Н. Рамм

Мақалада фенилпропаноламиннен даярланған токсиканттарды асыра пайдаланудан болған тәуелділік патогенезі және этиология ұстанымымен бұл патологияның дәрілік емдеу әдістері туралы медициналық әдебиеттерде бар мәліметтер қаралады. Түрлі фармакологиялық дәрілік заттарды қолданудың мақсатқа лайықтылығы сыни бағаланады және ФПА нашақорлықты дәрілік емдеудің тиімді сұлбасын құрудың теориялық алғышарттары негізделді.

THE RESUME

THE CONCEPT AND BILL OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN "ABOUT THE NARCOLOGICAL HELP AND GUARANTEES OF THE RIGHTS OF CITIZENS AT ITS RENDERING"

A. L. Katkov

In clause " the Concept and a bill of the Republic Kazakhstan " About the narcological help and guarantees of the rights of citizens at its rendering " are presented the concept and bill PK " About the narcological help and guarantees of the rights of citizens at its rendering ", being the last version of the developed earlier similar bill. In the present version the regulation of activity of the primary narcological help is simplified. On new approaches to rendering involuntary narcological help are generated. In the given version last kind of the help is considered only as alternative to possible punishment for the perfect offence at presence of corresponding clinical indications and a judgment.

CHILDREN'S ALCOHOLISM AND NARCOTISM AS A SOCIALLY-PEDAGOGICAL PROBLEM

N. M. Ahmetova, Z. K. Kulsharipova, T. A. Khusainova

In the clause a number of prominent features of a children's alcoholism and narcotism, their reasons and social consequences are opened. The role of additional formation and education of children in family and school is shown.

ABOUT A ROLE OF SOCIAL CONSEQUENCES OF ALCOHOLISM AND NARCOTISM

T. O. Vinokurova, A. S. Rakisheva, Sh. M. Tleubaeva

For today the wide complex of the problems connected with psychological, economic and medical damage owing to narcological diseases is analyzed. The big attention is given to a problem of dependent behaviour of relatives of the sick with alcoholism and narcotisms. Influence of alcoholism and narcotism on family as a whole.

ROLE OF SOCIAL FACTORS IN GENESIS OF NARCOTISMS

A. A. Kulunbaeva, O. V. Kabanen, Zh. K. Bektemirov

In this clause we put before ourselves a problem to open all necessity of the considered problem, difficult recovery from this terrible illness. On the basis of it our paramount problem is the formation of social immunity to drugs or high antinarcotic stability.

FORMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AT NARCOLOGICAL PATIENTS

A. A. Kulunbaeva, O. V. Kabanen, Zh. K. Bektemirov

In this clause we put before ourselves a problem to open all complexity of forms of psychological protection at narcological patients as the person and on the basis of it to apply the given knowledge in programs of rehabilitation.

THERAPEUTIC COMMUNITY AS A METHOD OF REHABILITATION OF NARCOLOGICAL PATIENTS

S. N. Molchanov, A. Z. Nurgazina, O.Y. Drobitko, S. Z. Kokpenov, I. K. Totina, S. K. Ahmetzhanova

In the clause the separate moments of life-support of such modern and effective method of rehabilitation of narcological patients, as therapeutic community are reflected.

Keywords: therapeutic community, microsociety, drug-dependence.

CRITERIA AND FEATURES OF CO-DEPENDENCE

A. Z. Nurgazina, S. N. Molchanov, O.Y. Drobitko, I. K. Totina, S. K. Ahmetzhanova

Now narcotism, glue sniffing, alcoholism often unite one general term - co-dependence from psychoactive substances (PEAHENS). Dependence from psychoactive substances - family disease. Dependence of one of members of family on PEAHENS inevitably breaks interfamily mutual relations. Members of family find out the frustration designated by the term co-dependence (with - a prefix specifying jointness, mixture of actions, conditions).

Co-dependence is a risk factor of relapse of dependence at the patient. Co-dependence is a risk factor of occurrence of various infringements at posterity, first of all - risk of the same dependence. When speak about low efficiency of treatment sick of alcoholism or narcotism complain that "the patient has returned to the same environment". Really, environment for which the use of the substances changing mood is characteristic, can promote relapse. But that the patient has returned after treatment to the same interfamily environment is not less important.

THE BASIC APPROACHES AND PRINCIPLES OF SOCIAL REHABILITATION OF PERSONS WITH NARCOTIC DEPENDENCE

T. V. Pak, S. N. Molchanov, N. V. Aslanbekova, O. V. Yermolaev

In given clause the brief review of general provisions, the purposes and functional problems, and also principles of the organization and activity of branch of the social rehabilitation, being by structural division Republican научно-the practical center of медико-social problems of a narcotism (further under the text the Center) is given.

THE CLINICAL ANALYSIS OF A KRASH-SYNDROME WITH A LETHAL OUTCOME AT A DRUG-DEPENDENT PATIENT

D. K. Ajtbaev, S. V. Syzdykov, E. A. Arabok, R. L. Zhaltyrov,
D. A. Zhakupova, K. B. Kozhanov, D. D. Ajtbaeva, N. K. Mejrkanov

SLS (a syndrome long squeeze, a krash-syndrome, a syndrome of positional squeeze, a resorbital syndrome) - meeting in 15 - 25% of cases of victims at acts of nature, technogenic accidents, military conflicts, and in a peace time also at the persons, suffering narcotic, alcoholic dependence. The krash-syndrome is a special kind of a heavy trauma with the heaviest current, lethality, on different sources, up to 30-70%.

CASES OF SUCCESSFUL CONSERVATIVE THERAPY OF PLURAL ABSCESSSES OF BRAIN AT THE DRUG-DEPENDENT PATIENT

D. K. Ajtbaev, S. V. Syzdykov, S. T. Amrenova, E. A. Arabok,
R. L. Zhaltyrov, D. A. Zhakupova, K. B. Kozhanov, N. K. Mejrkanov, D. D. Ajtbaeva

Treatment of plural abscesses of brain on the present day remains complex, at times an insoluble problem. Lethality at the given pathology, on a miscellaneous literary data, reaches from 85% up to 100%.

PSYCHO PHARMACOTHERAPY OF DEPENDENCE ON COCAINE

T. O. Vinokurova, A. S. Rakisheva

Significant scale (1,7% of population PK) and growing rate of distribution (growth of the general disease for last 10 years - in 10,3 times; growth of primary disease in 19,7 times) of drug-dependence is marked in the Republic Kazakhstan. The operational experience in the field of examination of intoxications speaks that there were the examinations connected with cases of consumption of cocaine when diagnostics of mental infringements is complicated and demands practical skill.

URGENT CONDITIONS IN NARCOLOGY

O. V. Kabanen, A. A. Kulunbaeva, Zh. K. Bektemirov, T. O. Vinokurova

The doctor should own the skills, allowing to spend intensive therapy and in due time to eliminate arising complications. It is necessary to remember, that successful therapy of urgent conditions in narcology not only allows to avoid development in the given contingent of patients of heavy complications menacing to a life, but also is capable to influence a course of disease as a whole.

APPLICATION OF NEUROLEPTICS IN A NARCOLOGICAL PRACTICE

O. V. Kabanen, A. A. Kulunbaeva, Sh. M. Tleubaeva

In the clause the typology of mental frustration at narcological patients on the basis of criteria of an origin and a psychopathological accessory is presented. The problem of pharmacoresistence of painful inclination to psychoactive substances (PEAHENS) and others addictive inclinations are considered. Indications to rational application of neuroleptics in a narcological practice are allocated. The comparative characteristic of clinical efficiency and collateral actions of chlorpromazine, haloperidol, klosapine is resulted.

THE PROJECT OF THE REPORT OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DEPENDENCE FROM INJECTION PSYCHOSTIMULI MADE ILLEGALLY

A. N. Ramm, V. V. Bashilov, N. A. Imanberdiev, O. V. Lavrentyev

The publication grows out 4-years practical activities of employees RNPC MSPN. In the clause the project of the report of diagnostics and treatment of the patients, suffering is presented by dependence on the preparations made on the basis of phenylpropanolamine. The offered technique of treatment differs higher efficiency from traditionally used methods of therapy PhPN of narcotism.

JUDICIAL-NARCOLOGICAL EXAMINATION OF THE PERSONS ABUSING ALCOHOL AND DRUGS, IN CIVIL PROCESS

T. O. Vinokurova, A. S. Rakisheva, N. F. Zagrebely

The clause is devoted to a problem of carrying out of judicial-narcological examination of the persons abusing of psychoactive substances (PEAHENS), in civil process of an operational experience of doctors CMSR of Astana. Judicial acts regulating such activity are considered. Procedure of carrying out of two kinds of examination is described: restrictions of capacity of the persons abusing alcohol and drugs, and confessions of the transaction accomplished by narcological patients is void.

**ABOUT QUESTIONS OF QUALITY OF CONDUCTING THE MEDICAL DOCUMENTATION
IN SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP**

A. P. Gaskov, T. G. Kovina, R. M. Koschegulova, Y. A. Rossinsky

The urgency of introduction proves in the present work in system of the narcological help of the electronic case record, allowing to supervise process of quality of conducting the medical documentation and to reach economic and technological effects as a result of introduction. Expert system "ESAG" as a platform of creation of the electronic case record is described. Principles of development of the knowledge base of parameters for the given history are shown.

**ABOUT RENDERING PAID MEDICAL SERVICES,
INCLUDING ON A SOCIALLY-REHABILITATION STRUCTURE**

T. V. Pak, S. N. Molchanov, N. V. Aslanbekova, S. B. Smakov

In given clause the brief review of general provisions by rules and the order of rendering of paid medical services, including services on socially - is given to rehabilitation activity of branches of social rehabilitation of drug-dependent persons. As the procedure of payments and the reporting on rendering medical services on a paid basis and the order of use of means from their rendering in the organizations of the state system of public health services is described.

**RESEARCH OF DYNAMICS OF CLINICAL DISPLAYS OF OPIUM DEPENDENCES
AT A STAGE OF SOCIAL READAPTATION
(The literary review)**

B. A. Azanova, T. O. Vinokurova, A. S. Rakisheva, N. F. Zagrebelny, I. K. Totina, S. K. Ahmetzhanova

In the clause questions of the maintenance and typology of psychopathological infringements at patients of heroine (opium) narcotism during the periods of remission are considered. Differentiated therapeutic tactics of treatment of these patients is discussed. The big attention is given to the basic pathogenesis concepts of development of a syndrome of chemical dependence. The question on specific character of psychopathological displays of opium dependences is discussed. Two types of preferable psychopathological reactions at patients with opium narcotism are allocated: psychogenic and exogenous-cerebral reactions.

**THE AETIOPATHOGENETIC APPROACH TO MEDICAMENTOUS TREATMENT OF
PHENILPROPANOLAMINOV NARCOTISM
(The review of the literature)**

A. N. Ramm

In the clause from positions of etiology and pathogenesis of dependence caused by abusing toxicant, made from phenilpropanolamine, data available in the medical literature on medicamentous methods of treatment of this pathology are considered. The expediency of application of medical products of various pharmacological groups is critically estimated and theoretical preconditions of creation of the effective scheme of medicamentous treatment PhPA of narcotism are proved.