
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

**Том VIII № 2
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. Коцегулова; 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. Нерсесов (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:

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

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

Том VIII
№ 2
2008 год

ВЫХОДИТ
4 раза в год

Катков А. Л.

Методология внедрения Всеобщего менеджмента качества (TQM) в систему наркологической помощи Республики Казахстан 7-34

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Абзалова Р. А., Шарапатовая К. Г.

Алкоголь и образ жизни школьника 35-38

Азанова Б. А., Шынтаева Б. У., Калиева А. К.

Техники нейролингвистического программирования в программах медико-социальной реабилитации 38-41

Юсопов О. Г., Мусабекова Ж. К.

Основные аспекты изучения отношения к психоактивным веществам детей младшего и старшего школьного возраста 41-49

КЛИНИКА

Лаврентьев О. В., Сарсенова А. Д., Саидов Т. У., Рахменшиев С. К.

Соматоневрологические нарушения при алкоголизме Нурмуханов Д. К., Ильдербаев О. З., Джандыбаев А. Т., Мамырбекова Н. Р., Калиев А. Б., Акмай А. О., Касымбеков М. К. 50-57

Влияние пенитенциарного стресса на иммунологические параметры у наркологических больных и иммунотерапия рекомбинантными интерферонами – альфа - 2 Рамм А. Н., Кусаинов А. А., Башилов В. В. 57-63

Влияние профилактики интрагоспитальной наркотизации на показатели ремиссии (опыт применения препарата «Антаксон» на базе РНПЦ МСПН) 63-67

Сарсенова А. Д., Миронова Е. Н., Бактыбаева Л. Б., Лаврентьев О. В.

Особенности терапии психических нарушений при наркотической зависимости 68-69

Лаврентьев О. В.

Перспективы применения препарата Респидон-3 в наркологической практике 70-72

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Даневич В. Н., Каиргельдинова Ж. Н., Гарилев В. В., Шынтаева Б. У., Калиева А. К.

Эффективность стационарного лечения больных героиновой наркоманией 73-74

<i>Лаврентьев О. В.</i> Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан	74-78
<i>Рамм А. Н., Кусаинов А. А.</i> Отделение психотерапии и медикаментозной коррекции, как первый этап медико-социальной реабилитации	78-79
<i>Резюме</i>	80-85

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL CLAUSES

FOUNDERS:

Katkov A. L.

Methodology of introduction of the General quality management (TQM) in system of the narcological help of the Republic Kazakhstan 7-34

PREVENTIVE MAINTENANCE AND REHABILITATION

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

Abzalova R.A., Sharapatova K. G.

Alcohol and way of life of the schoolboy 35-38

Azanova B. A., Shyntaeva B. U., Kalieva A. K.

Technics of neurolinguistic programming in programs of medico-social rehabilitation 38-41

Yusopov O. G., Musabekova Z. K.

The basic aspects of studying of the attitude to psychoactive substances of children of younger and senior school age 41-49

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

CLINIC

Lavrentev O. V., Sarsenova A. D., Saidov T. U., Rakhmensheev S. K.

Somatoneurological infringements at an alcoholism 50-57

Nurmukanov D. K., Ilderbaev O. S., Dzhandybaev A. T., Mamyrbekova N. R., Kaliev A. B., Akmaj A. O., Kasymbekov M. K.

Influence of penitenterian stress on immunological parameters at narcological patients and immunotherapy of recombinant interferons- alpha - 2 57-63

Ramm A. N., Kusainov A. A., Bashilov V. V.

Influence of preventive maintenance of intrahospital anaesthetization on parameters of remission (experience of application of a preparation "Antakson" on the basis of RSPC MSPN) 63-67

Sarsenova A. D., Mironov. E. N., Baktybaeva L. B., Lavrentyev O. V.

Features of therapy of mental infringements at narcotic dependence 68-69

Lavrentyev O. V.

Prospects of application of preparation Respidon-3 in a narcological practice 70-72

Volume VIII

№ 2

2008

THE ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

Danevich V. N., Kairgeldinova Z. N., Garilev V. V., Shyntaeva B. U., Kalieva A. K.

Efficiency of hospitalization sick with heroin narcotism 73-74

Published
4 times in a year

<i>Lavrentyev O. V.</i> Monitoring of a narcological situation in the Republic Kazakhstan	74-78
<i>Ramm A. N., Kusainov A. A.</i> Branch of psychotherapy and medicamentous correction, as the first stage of medico-social rehabilitation	78-79
<i>Resume</i>	80-85

МЕТОДОЛОГИЯ ВНЕДРЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (TQM) В СИСТЕМУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

1. Аргументы по необходимости внедрения технологий всеобщего менеджмента качества (TQM) в систему наркологической помощи МЗ РК

Ключевые проблемы системы наркологической помощи в Республике Казахстан, требующие незамедлительного решения, следующие:

- кризис доверия реальных и потенциальных пациентов (зависимых от психоактивных веществ, лиц, входящих в группу риска по данному профилю, созависимых), а также населения РК в целом к государственным наркологическим ЛПУ;
- несоответствие условий оказания наркологической помощи (низкий диапазон приемлемости) ожиданиям и потребностям реальных и потенциальных пациентов;
- недостаточный ассортимент и низкое качество предоставляемых услуг на всех этапах оказания наркологической помощи;
- незначительный, в силу всего вышесказанного, охват реального объема потребителей и зависимых от психоактивных веществ какими-либо услугами наркологического профиля (до 25-30% от реального объема потребителей ПАВ по Республике Казахстан);
- низкие показатели клинической, экономической и социальной эффективности, деятельности наркологических ЛПУ без каких-либо существенных тенденций к их улучшению в последние 10 лет.

Таким образом, **основная задача**, стоящая перед современной наркологической службой РК, заключается в разработке и широкомасштабном внедрении всего комплекса условий, обеспечивающих:

- 1) достижение соответствия объема, ассортимента и качества услуг наркологического профиля, а также условий их оказания, ожиданиям и потребностям реальных и потенциальных клиентов;
- 2) устойчивое повышение мотивации у реальных и потенциальных клиентов на получение профессиональной наркологической помощи в профильных учреждениях МЗ РК;
- 3) достижение устойчивых тенденций повышения охвата потребителей и зависимых от ПАВ, высококачественными услугами наркологического профиля;
- 4) достижение устойчивой динамики роста клинической, экономической и социальной эффективности в деятельности наркологической службы МЗ РК.

Упомянутый **комплекс условий – есть совокупность технологий всеобщего менеджмента качества**

(TQM), масштабное внедрение которых обеспечит выполнение перечисленных основных задач, а также достижение главной цели, стоящей перед современной наркологической службой – эффективного блокирования и обратного развития тенденций по распространению наркотической зависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан.

Идеология и практика всеобщего менеджмента качества (TQM) в наибольшей степени соответствуют спектру ключевых проблем наркологической службы РК:

- основной приоритет TQM – соответствие реальным запросам и ожиданиям потребителей;
- основной критерий качества – степень соответствия требованиям и запросам потребителям;
- основные инструменты оценки качества наркологических услуг включают, в первую очередь, информацию от потребителя, а не только от производителя и эксперта – оценщика.

Следовательно, технологии TQM способны преобразовать и приблизить систему наркологической помощи к высокой степени соответствия с реальными и потенциальными запросами потребителей наркологических услуг и обеспечить полноценный охват нуждающегося населения квалифицированной наркологической помощью.

Идеология и практика всеобщего менеджмента качества (TQM) успешно интегрирует наиболее известные подходы в сфере обеспечения качества медицинской, в частности наркологической, помощи – такие как триада качества Донабедиана и компоненты качества ВОЗ, без каких-либо противоречий. Практика использования TQM усиливает, а не ослабляет, преимущества каждой из вышеприведенных систем обеспечения и контроля качества в сфере здравоохранения. Так, триада качества Донабедиана – структура, процесс, результат – в общей идеологии TQM выступают в виде предметного содержания и основной сферы исследования категории качества в здравоохранении. В тоже время известные компоненты качества ВОЗ – адекватность, экономичность, научная обоснованность и эффективность – определяют базисные методы и инструменты оценки категории качества. К примеру, определение *адекватности* (т.е. степени соответствия ассортимента, объема, качества наркологических услуг, а также условий их оказания – доступности, безопасности, приемлемой стоимости и т.д. - основным нуждам и запросам реальных и потенциальных потребителей) предполагает

использование методов экспертных оценок и анкетирования. В качестве основного инструмента, соответственно, здесь должны применяться специально разработанные анкеты. Определение *экономичности*, например, какой-либо модели или технологии оказания наркологической помощи, предполагает использование методологии комплексного экономического анализа. Определение *научной обоснованности* какой-либо организационной формы профильной деятельности или методов диагностики, лечения, профилактики - предполагает использование технологий доказательной медицины (статико-математический анализ, метаанализ и др.). Определение *эффективности* каких-либо организационных форм работы, методов профилактики, диагностики, лечения - предполагает использование технологий комплексного анализа эффективности (т.е. всех вышеупомянутых технологий) по направлениям клинической, экономической и социальной эффективности.

Таким образом, всеобщий менеджмент качества (TQM) – это современная, интегрированная концепция качества, которая рассматривает данную категорию как результат мероприятий, осуществляемых на протяжении всего цикла разработки, реализации и оценки медицинских (в том числе – используемых в системе наркологической помощи) технологий, технологий подготовки персонала, и которая в наибольшей степени соответствует нуждам и запросам населения в профильной помощи, и потребностям собственно наркологической службы РК.

2. Позиционирование главных принципов всеобщего менеджмента качества (TQM) в основных нормативных документах, перспективных и текущих планах наркологических организаций МЗ РК

Главные принципы TQM изложены в двух основополагающих стандартах ISO (русская аббревиатура ИСО, обозначает международную организацию по сертификации систем управления качеством): 1) стандарте ИСО 9001–2000 «Система менеджмента качества. Требования» - в данном стандарте устанавливается минимальный набор требований к системам качества, которые применяются для сертификации и аудита; 2) стандарте ИСО 9004-2000 «Система менеджмента качества. Руководящие указания по улучшению качества» - в данном стандарте содержатся методические указания по созданию системы менеджмента качества, которая ориентирована на высокую эффективность деятельности предприятий, организаций.

Формулировки вышеназванных принципов носят общий характер и нуждаются, в соответствии с указаниями ИСО, в конкретизации по каждому направлению деятельности. В данной связи главные принципы TQM должны быть представлены: в системе основополагающих нормативных документов, регулирующих деятельность наркологических учреждений: перспективных планах, или стратегичес-

ких документах, определяющих основные направления развития отрасли или конкретного учреждения на многие годы; текущих планах учреждения на каждый год. Ниже приводится примерная схема позиционирования основополагающих принципов TQM во всех обозначенных блоках документов.

2.1. Принцип 1: «Ориентация на заказчика и потребителя» содержит следующие тезисы:

2.1.1. *Организация должна исследовать текущие, будущие запросы, нужды основных потребителей и заказчиков, стремиться выполнить эти требования и превзойти ожидания.*

Данный тезис, применительно к системе наркологической помощи, позиционируется следующим образом.

В главных директивных документах (Стратегии, Законы, базисные приказы МЗ РК о совершенствовании наркологической помощи) должны быть четко обозначены следующие позиции: 1) планирование развития и совершенствования системы наркологической помощи в РК осуществляется на основании данных многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в РК и противодействующих усилий; 2) программа многоуровневого мониторинга, в первую очередь, должна быть ориентирована на: выявление реальных и потенциальных запросов и нужд основных потребителей наркологических услуг (в том числе и первично-профилактических); выявление нужд и потребностей профессионалов, действующих в сфере наркологической помощи населению РК; выявление степени удовлетворенности существующих профильных потребностей и запросов; выявление структуры и причин дефицита в удовлетворении данных потребностей и нужд.

В системе профессиональных стандартов (нормативные документы следующего, технического уровня) обсуждаемый тезис должен быть представлен, практически, во всех компонентах стандарта мониторинга наркологической ситуации и оценки противодействующих усилий. В частности, в разделе «целевые группы» должны быть указаны основные группы потребителей собственно наркологических услуг, а также профессиональные группы – потребители научно-информационных и образовательных услуг. В разделе «цели и задачи» должна быть четко прописана необходимость выявления основных потребностей в наркологической помощи среди различных групп населения РК, выявления потребностей в научно-информационных и образовательных услугах среди групп профессионалов, действующих в сфере наркологической помощи. В разделе «базисные элементы и основные параметры» должны быть обозначены такие важные индикаторы как: степень удовлетворенности объемом, ассортиментом, качеством наркологических услуг, условиями их оказания в группе основных потребителей; степень удовлетворенности научно-ин-

формационной и образовательной активностью профильных учреждений РК в группе профессионалов, действующих в сфере наркологической помощи. В этом же разделе должны быть приведены основные инструменты исследования данных параметров (специальные анкеты).

В многолетних стратегических планах наркологических организаций среди основных целей в обязательном порядке должно быть указано стремление к достижению соответствия возможностей организаций с нуждами и потребностями в профильной помощи у основных групп населения в соответствующих регионах РК; отмечена необходимость регулярного исследования потребностей в наркологической помощи в различных группах населения соответствующих регионов; необходимость активных структурных, технологических и кадровых преобразований, направленных на устранение имеющегося дефицита в наркологических службах областей и городов.

В текущих планах конкретной наркологической организации (годовой план) данный тезис должен быть представлен системой мероприятий по реализации соответствующей программы мониторинга наркологической ситуации в регионе. Либо мероприятиями по специальному анкетированию целевых групп населения, целевых профессиональных групп, углубленное исследование которых намечено на данный период времени. В текущих планах должны быть определены исполнители, сроки или кратность проведения соответствующей программы мониторинга.

2.1.2. Необходимо обеспечить сбалансированный подход для удовлетворения различных требований и ожиданий потребителя. При этом следует иметь в виду, что ожидания потребителя связаны не только с характеристиками собственно услуг, но и с условиями их оказания.

Данный тезис в рассматриваемых документах, регулирующих деятельность наркологических учреждений МЗ РК, должен быть представлен следующим образом.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегий, Законов, базисных приказов МЗ РК) должен быть четко прописан принцип неукоснительного соблюдения прав пациента на получение профильной помощи на приемлемых для него условиях (безопасность, доступность, конфиденциальность, свободный выбор диапазона оказываемой помощи, если иное не предусмотрено специальным законодательством о недобровольной наркологической помощи в особых случаях и ситуациях); наиболее полно и подробно эти права должны быть сформулированы в Законе РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В нормативных документах технического уровня (система профессиональных стандартов в нарколо-

гии), во-первых, должны быть обозначены параметры исследования условий оказания наркологической помощи, в наибольшей степени устраивающих основных потребителей (стандарт мониторинга наркологической ситуации); во-вторых, - протоколы оказания наркологической помощи, особенно на первом ее этапе, должны четко обозначать эти условия, как необходимые для обеспечения эффективности всех последующих усилий по достижению длительной и качественной ремиссии (стандарт наркологических услуг).

В долгосрочных стратегических планах вопросы достижения соответствия условий оказания наркологической помощи, особенно на первом ее этапе, требованиям безопасности, доступности, конфиденциальности должны выдвигаться в числе основных приоритетов в промежуточном целеполагании.

В текущих (годовых) планах наркологических организаций должен быть обозначен пункт о реализации региональной программы мониторинга наркологической ситуации в части выявления наиболее приемлемых условий оказания наркологической помощи, а также степени соответствия существующих условий основным потребностям нуждающегося населения. Кроме того, в оперативных планах в обязательном порядке должна быть расписана система мероприятий по приведению в соответствие условий оказания наркологической помощи основным запросам зависимых от ПАВ (безопасность, конфиденциальность, доступность). Эти мероприятия должны предусматривать возможность достижения полной анонимности на этапе первичной наркологической помощи; организацию стационарных и мобильных пунктов первичной наркологической помощи, различные варианты анонимной амбулаторной и стационарной реабилитации, паллиативного лечения, и другие мероприятия, обеспечивающие приемлемые условия реализации наркологических услуг.

2.1.3. Необходимо обеспечить сбалансированный подход для удовлетворения различных требований и ожиданий потребителей.

По сути дела в данном пункте речь идет: 1) о необходимости сбалансированного подхода в учете интересов и потребностей здоровой части общества и уязвимых групп населения (в том числе – зависимых от ПАВ); 2) о необходимости сбалансированных подходов в реализации, во многом, противоречивых стратегий противодействия распространению наркотической зависимости и сопутствующего ВИЧ – снижения спроса, снижения предложения, снижения потребления, снижения вреда; 3) о необходимости разворота «пирамиды» наркологической помощи в сторону существенно более широкой представленности услуг с низким порогом доступа (этап первичной наркологической помощи) и, соответственно, охвата ими до 60% от реального числа наркопотребителей. Достаточной представленности высокопороговых услуг (программы МСР с полной абсти-

ненцией) с охватом до 10-15% от реального числа наркопотребителей.

Данный тезис в основных документах, регламентирующих оказание наркологической помощи, позиционируется следующим образом.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегии, Законы, базисные приказы МЗ РК) должна быть четко прописана новая доктрина баланса интересов здоровой и уязвимой (группа риска и зависимые от ПАВ) части общества, основанная на: четком определении фокус-групп, в отношении которых реализуются главные антинаркотические стратегии; четком разграничении сфер компетенции между агентами, противодействующими распространению наркозависимости и сопутствующего ВИЧ; обозначением набора технологий, реализуемых основными антинаркотическими ведомствами (система образования, система здравоохранения, силовые структуры) в соответствии с определенной для них сферой компетенции; достижении полного консенсуса в отношении непротиворечивых функциональных целей и задач, стоящих перед каждым ведомством. Кроме того, в упомянутых директивных документах должна быть ясно прописана необходимость развития и приоритета этапа первичной наркологической помощи, где все упомянутые ведомства и агентства должны действовать особенно слажено и четко.

В нормативных документах технического уровня (профессиональных стандартах) структурные, технологические и кадровые характеристики этапа первичной наркологической помощи - стационарных, мобильных пунктов, диспансерных звеньев наркологической службы с функциями первичной наркологической помощи – должны быть представлены в системе организационного стандарта. Специфика услуг низкого, среднего и высокого порога доступа должна быть подробно представлена в соответствующих протоколах лечения и диагностики (стандарты услуг). Специфика первично-профилактических услуг антинаркотического профиля должна быть подробно расписана в специальном стандарте первично-профилактической деятельности антинаркотического профиля.

Перспективные планы наркологических организаций должны включать: задачи по форсированному развитию этапа первичной наркологической помощи; задачи по эффективному взаимодействию образовательных учреждений, центров ЗОЖ и наркологических ЛПО в сфере первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ; последовательные серии мероприятий, расписание по годам, по формированию соответствующих структурных компонентов этапа первичной наркологической помощи; подготовке и укомплектованию данных структур кадрами, технологической и технической оснащенности, финансовому обеспечению планируемых мероприятий.

В оперативных (годовых) планах наркологических организаций обсуждаемый тезис должен быть представлен мероприятиями из вышеприведенного списка, потенциально осуществимыми в текущем году.

2.1.4. Необходимо формировать (стимулировать) наиболее конструктивный и приемлемый спектр ожиданий и потребностей населения за счет продуманной и ответственной социальной рекламы, предпринимать меры для перевода скрытых запросов в открытые.

Данный тезис показывает определенную возможность управления потребностями населения (его здоровой и уязвимой части) в услугах наркологического профиля при условии продуманной, системной и хорошо институализированной работы в данном направлении. Эти условия обеспечиваются следующим образом.

В нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) четко прописывается необходимость разработки и широкомасштабного внедрения технологий мотивационного информирования различных групп населения по всему спектру вопросов и проблем, связанных с употреблением ПАВ (при этом следует иметь в виду, что технологии мотивационного информирования, в отличие от рутинных методов подачи тематической информации, способны оказывать конструктивное воздействие на поведение контактных аудиторий, формировать потребности в оздоравливающих практиках, повышать уровень самоорганизующей активности в микро и макросоциуме и т.д.). В этих же документах обозначается необходимость разработки и широкомасштабного внедрения технологий наркологического консультирования, предназначенных для работы с уязвимыми группами населения (группами риска по наркологическому профилю, зависимыми от ПАВ).

В нормативных документах технического уровня (системе профессиональных стандартов) вышеназванные технологии - мотивационное информирование, наркологическое консультирование – должны быть представлены в стандартах услуг, квалификационных стандартах, образовательных стандартах. Кроме того, параметры информированности населения о наркологических проблемах и мотивированности различных социальных групп на получение профильной наркологической помощи в обязательном порядке должны быть представлены в стандарте мониторинга. В организационном стандарте должны быть четко обозначены структуры и профессиональные спецификации, основной профиль деятельности и функциональные обязанности которых предусматривают реализацию технологий мотивационного информирования и наркологического консультирования.

В перспективных многолетних планах наркологических организаций должны быть прописаны задачи по формированию таких потребностей населе-

ния и ожиданий, которые в наибольшей степени способствуют развитию индивидуальной и социальной устойчивости к первичному или повторному вовлечению в зависимость от ПАВ; задачи по форсированному развитию соответствующего сектора услуг - мотивационного информирования и наркологического консультирования; задачи по внедрению соответствующих структур, технологий, обучающих программ. Далее, в перспективных планах должны быть обозначены серии последовательных мероприятий по выполнению вышеприведенных задач, расписанные по годам, указаны соответствующие объемы финансирования, необходимого для реализации всего комплекса мероприятий.

В оперативных планах наркологических организаций должны быть четко обозначены мероприятия из вышеприведенного комплекса, потенциально осуществимые в текущем году.

2.2. Принцип 2: «Ведущая роль руководства» содержит следующие тезисы:

2.2.1. Руководители устанавливают единство цели, направления деятельности и внутренней среды организации.

Данный тезис в главных документах, регулирующих деятельность наркологических учреждений МЗ РК, должен быть представлен следующим образом.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК), во-первых, должны быть четко обозначены конечные цели антинаркотической деятельности, расписана система промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих эффективность усилий по достижению запланированных целей. Во-вторых, поставленные цели должны быть адекватно разнесены по соответствующим задачам (желательно – монотематическим и однородным, связанным с каким либо определенным профилем деятельности – организационным, образовательным, научным практическим и т.д.). В-третьих – каждой задаче должно соответствовать вполне конкретное направление деятельности наркологической организации, либо службы в целом. В-четвертых, каждое направление деятельности профильной организации должно складываться из системы продуманных мероприятий, в совокупности обеспечивающих успешное решение поставленных задач. Наконец, в-пятых, все имеющиеся ресурсы организации (информационные, кадровые, материальные, финансовые) должны быть мобилизованы на выполнение системы мероприятий наилучшим образом. При этом первые три уровня целеполагания должны быть представлены в главных законодательных и стратегических документах. Четвертый и пятый уровни – в системе ведомственных приказов МЗ РК. Таким образом, достигается стойкость и целостность основных стратегических установок с повседневной практикой организации и управления.

В нормативных документах технического уровня (системе профессиональных стандартов) обсуждаемый тезис должен быть подробно расписан в организационном стандарте, формирующем структурные, технологические и кадровые характеристики сети наркологических учреждений (т.е. наиболее существенные характеристики внутренней среды конкретного учреждения). Должна быть подчеркнута взаимосвязь данных характеристик с установленными целями и задачами по реализации основополагающих директив. Далее, в квалификационном стандарте (части, касающейся организаторов здравоохранения, всех трех её разделах – собственно квалификационных требований, прав и обязанностей, должностных инструкций) должны быть четко обозначены следующие позиции: приоритеты руководящей деятельности, направленные на исполнение основополагающих директив; целей и задач, стоящих перед конкретной организацией; необходимость мобилизации всех имеющихся ресурсов организации (структурных, технологических, кадровых, информационных, материальных, финансовых) на выполнение поставленных задач; алгоритм организационной деятельности по всем направлениям менеджмента, обеспечивающим высокое качество выполнения поставленных задач (проектный менеджмент, инвестиционный менеджмент, финансовый менеджмент, производственный менеджмент, менеджмент персонала, деонтологический менеджмент).

Долгосрочные стратегические планы наркологических организаций должны охватывать тот уровень целеполагания основных директивных документов, который соответствует масштабу и специфике деятельности конкретного учреждения. То есть, в долгосрочных стратегических планах наркологических организаций, помимо целей и задач по реализации основных директивных установок, должен быть четко прописан тот объем профильной деятельности, который потенциально осуществим за соответствующий период времени. Должны быть обозначены базисные контрольные индикаторы, свидетельствующие о достижении заявленных реальных целей. Например, для наркологического кластера Республиканского уровня это может быть полный набор конечных и промежуточных индикаторов, таких как: расчетные показатели охвата зависимых от ПАВ услугами наркологического профиля; показатели мотивированного перевода пациентов с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарной или амбулаторной медико-социальной реабилитации с полной абстиненцией; показатели длительности и качества терапевтической ремиссии; показатели динамики процентного соотношения: населения, устойчивого к вовлечению в зависимость от ПАВ; входящего в группу риска по наркологическому профилю; активно потребляющего ПАВ, рассчитываемые по республике в целом. Данная группа показателей будет являться ориентиром для учреждений

практического здравоохранения, входящих в наркологический кластер, и приниматься ими с учетом региональных поправок. Следующая группа показателей относится к системе индикаторов, характеризующих инновационную активность в системе наркологической помощи РК. Это могут быть показатели внедрения оригинальных и заимствованных разработок в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. Данная группа показателей используется, в основном, для оценки деятельности профильных научных организаций (институтов, кафедр), входящих в наркологический кластер, и будет являться основой для промежуточного целеполагания в этом секторе. Эта же группа показателей регионального уровня будет характеризовать инновационную активность руководства соответствующих наркологических учреждений. Еще одна важная группа показателей характеризующих степень интенсивности профессиональной подготовки кадров, оценивает, в основном, активность профильных образовательных учреждений (центров, кафедр, колледжей), входящих в республиканский наркологический кластер, и также является основой для промежуточного целеполагания в данных учреждениях. Эта же группа показателей регионального уровня характеризует активность руководства наркологических организаций в области подготовки кадров. Таким образом в долгосрочных стратегических планах конкретных учреждений должна быть представлена: специфика целей и задач, выполняемых ими в общем формате республиканского наркологического кластера (практических, научных, образовательных); реальные объемы профильной деятельности в охватываемый период времени, оцениваемые в системе промежуточных и конечных индикаторов; система мероприятий по каждой из основных задач и соответствующих направлений деятельности, которая обеспечивает полную мобилизацию информационных, организационных, кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов для достижения заявленных целей. В долгосрочных планах должна быть особо подчеркнута роль руководства в планировании, координации и контроле за реализацией всей системы мероприятий. А также - четко расписана степень и профили функциональной ответственности сотрудников за достижение каждого из планируемых показателей.

В оперативных планах наркологических организаций должна быть представлена специфика целей, задач, основных направлений деятельности организации с теми акцентами, которые предусмотрены в долгосрочных планах на данный, конкретный период деятельности соответствующей организации. Должна быть четко прописана комплексная система мероприятий, обеспечивающая выполнение заявленных целей и задач. Ведущая роль руководства в преемственности оперативных и стратегических планов, в достижении мобилизации всех ресурсов орга-

низации на выполнение оперативных задач на текущий год, обеспечивается за счет непосредственного участия и ответственности руководства за эффективное планирование, координацию и контроль (эти функции в обязательном порядке должны быть прописаны в системе квалификационных и организационных стандартов). А также - за счет инициативы первых руководителей и среднего звена менеджеров.

2.2.2. Руководители создают обстановку, в которой сотрудники целиком и полностью могут быть вовлечены в достижение целей организации.

Данный тезис означает, в первую очередь то, что: сотрудники непрерывно информируются о долгосрочных, среднесрочных и краткосрочных целях организации; ведется постоянная работа по формированию устойчивых связей между заявляемыми целями организации и системой ценностей, реально мотивирующей профессиональную деятельность персонала (уровень оплаты труда; профессиональный, социальный статусы и т.д.); руководство организации делает все возможное для достижения заявленных целей и постоянно информирует о своих действиях персонал учреждения; руководство демонстрирует пример приверженности и профессионального поведения, направленного на успешное достижение целей организации; руководством разработана, внедрена и непрерывно совершенствуется система мотивации (позитивных и негативных стимулов) эффективной профессиональной деятельности для каждого сотрудника.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) должна быть четко прописана продуманная стратегия непрерывного профессионального развития персонала наркологических учреждений, включающая и мотивационную составляющую. При этом должна подчеркиваться роль и ответственность руководства всех уровней в планировании, координации и контроле за реализацией такого направления деятельности, как менеджмент персонала. Главная же функция основополагающих нормативных актов – обеспечивать адекватные экономические условия для реализации обсуждаемого тезиса. В частности – утверждать принципы целевого финансирования системы наркологической помощи в РК. В этом случае объемы финансовых средств, направляемых в отрасль, будут находиться в прямой зависимости от темпов продвижения к заявляемым целям, отслеживаемых в системе промежуточных и конечных индикаторов. Соответственно будет меняться и уровень оплаты труда персонала.

В нормативных документах технического уровня (системе профессиональных стандартов) обсуждаемый тезис должен быть расписан в системе организационных стандартов. В частности, в относительно крупных наркологических организациях должна быть предусмотрена штатная единица заместителя руководителя по персоналу. В квалификационных

стандартах руководителей всех уровней, помимо собственно квалификационных требований и требований, предъявляемым к специалистам в сфере управления персоналом, в разделе должностных инструкций должны быть четко прописаны обязанности по постоянному информированию персонала о долгосрочных, среднесрочных и краткосрочных целях и задачах деятельности организации и ее функциональных подразделений; по мониторингу профессиональной мотивации персонала; по оценке реального вклада каждого сотрудника в достижении функциональных целей и задач соответствующего подразделения и организации в целом; по стимулированию сотрудников, добивающихся существенных результатов в продвижении к заявленным целям.

В долгосрочных стратегических планах наркологических организаций данный тезис должен быть представлен, как минимум, отдельной задачей и соответствующим направлением деятельности руководящего звена. Данное направление деятельности должно быть представлено продуманной системой мероприятий, расписанных для каждого руководителя и соответствующих его уровню компетенции. При этом каждая специфика мероприятий (информирование, мониторинг, стимулирование (финансовое, статусное), приверженность и т.д.) должна предусматривать постоянную работу над совершенствованием технологий вовлечения персонала в достижение целей, а также постоянное профильное обучение руководящего звена. В первую очередь руководящий состав должен обучаться технологиям TQM и обеспечению взаимосвязи системы управления качеством с другими управленческими дисциплинами. В свете сказанного, акцент здесь следует делать на менеджменте персонала, финансовом и производственном менеджменте.

В оперативных планах наркологических организаций данный тезис должен быть представлен системой мероприятий по направлениям: подготовки руководящего звена учреждения (технологии TQM, менеджмент персонала, производственный, финансовый менеджмент); мониторинга профессиональной мотивации; мониторинга профессиональной активности по достижению оперативных и долгосрочных целей и задач; информирования персонала; комплексного стимулирования профессиональных достижений; демонстрации приверженности руководства, реализация которых потенциально возможна в текущем году.

2.2.3. Задачей руководства является обеспечение атмосферы доверия, поддержка открытых и честных взаимоотношений, стимулированные признания и поощрения вклада людей, что, в конечном итоге, способствует раскрытию творческих возможностей сотрудников и лучшему решению задач качества.

Следует учитывать, что данный тезис может быть представлен в документах директивного уровня (Стра-

тегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) лишь общим посылом того, что руководство системой наркологической помощи должно осуществляться наиболее эффективным образом. Кроме того, следует иметь в виду, что обсуждаемый тезис наилучшим образом реализуется в условиях, когда имеются: достаточный уровень профессиональной зрелости и компетентности руководителей наркологических учреждений, в том числе в такой сфере как стили лидерства; достаточный уровень зрелости трудового коллектива, что достигается подбором и постоянным обучением персонала; конструктивная динамика взаимоотношений руководства с менеджерами среднего звена и трудовым коллективом, предполагающая отход от директивных методов управления, жесткой требовательности и тотального контроля к методам коллективного принятия решений, поэтапного делегирования властных полномочий и функций административного контроля менеджерам среднего звена, позитивным лидерам трудового коллектива. Динамика такого рода должна отражаться в результатах регулярного анкетирования персонала наркологических учреждений и общих результатах, показывающих повышение качества деятельности профильных организаций.

В связи со всем сказанным, в нормативных документах технического уровня (система профессиональных стандартов) обсуждаемый тезис должен быть расписан: в стандарте мониторинга, разделе «внутренний аудит, анкетирование персонала»; квалификационном стандарте, разделах «квалификационные требования, должностные обязанности руководителей высшего и среднего звена»; образовательном стандарте, разделе «дополнительное образование» (цикл общего усовершенствования «организация наркологической помощи», цикл тематического усовершенствования «избранные вопросы управления качеством наркологической помощи»); организационном стандарте, разделе «организационные технологии».

В долгосрочных стратегических планах наркологических организаций обсуждаемый тезис должен быть представлен продуманной системой мероприятий, включающей: соответствующее последипломное и дополнительное образование руководителей высшего и среднего звена, а также их ближайшего резерва; перспективную программу непрерывного профессионального роста как для руководящего состава, так и для медицинского и прочего персонала; регулярный мониторинг персонала и руководства организации (анкетирование) на предмет определения наиболее эффективного стиля лидерства, степени зрелости трудового коллектива и готовности позитивных лидеров к участию в принятии решений.

В оперативных планах наркологических организаций обсуждаемый тезис должен быть представлен вышеназванной системой мероприятий в том объе-

ме, который потенциально осуществим в охватываемый период времени.

2.2.4. Руководство должно постоянно заботиться об обучении персонала, а также обеспечивать необходимыми ресурсами решение задач качества.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) рекомендации к представленности обсуждаемого тезиса практически дублируют аналогичный раздел п. 2.2.2. Т.е. речь идет о том, что в соответствующих документах должна быть четко прописана стратегия непрерывного профессионального развития персонала наркологической службы (додипломное, последипломное, дополнительное образование, технологии непрерывного профессионального роста). Но кроме того, что особенно важно, данными нормативными актами должны обеспечиваться адекватные экономические условия для решения задач качества, в частности утверждаться принципы целевого финансирования системы наркологической помощи.

В нормативных документах технического уровня (системе профессиональных стандартов) обсуждаемый тезис должен быть представлен, во-первых, в системе квалификационных и образовательных стандартов. Здесь следует особо подчеркнуть, что по каждой из специальностей, представляющих современную наркологию (организатор наркологической помощи, врач-нарколог, психотерапевт, психолог, социальный работник, консультант по зависимостям, средний медработник, аутрич-работник) должен быть разработан полноценный пакет образовательных программ последипломной, дополнительной подготовки, а также программ непрерывного профессионального роста (тренинги, тематические микроциклы). Данный пакет должен обеспечить возможность выстроить многолетний маршрут профессионального развития каждого специалиста организации с условием, что соответствующие циклы дополнительного образования он будет проходить не реже 1 раза в год. Во-вторых, обсуждаемый тезис должен быть прописан в системе организационных стандартов: в части экономических стандартов обеспечения наркологических учреждений финансовыми средствами в соответствии с принципами программно-целевого финансирования; в части штатного расписания, где необходимо предусматривать должность заместителя руководителя по персоналу; в части структурных характеристик административного блока организации, где должна быть обозначена комиссия по контролю за качеством, расписано положение о деятельности данной комиссии, обозначен ее примерный состав и степень компетенции каждого участника. В-третьих, задачи по постоянному повышению уровня квалификации персонала и ресурсному обеспечению процессов повышения качества профильной деятельности организации должны быть прописаны в квалификационном стандарте органи-

затора наркологической помощи, в части должностных инструкций. Следует иметь в виду, что эффективно выполнять последние две задачи руководитель наркологической организации может лишь при условии полноценной представленности всех поименованных позиций в нормативных документах директивного и технического уровня.

В долгосрочных стратегических планах наркологических организаций обсуждаемый тезис должен быть представлен, как минимум, двумя самостоятельными задачами и соответствующими направлениями деятельности: задачей по непрерывному повышению профессионального уровня персонала; задачей по ресурсному обеспечению процессов управления качеством профильной деятельности организации. Соответственно, первое направление деятельности в виде системы мероприятий по непрерывному обучению и профессиональному росту сотрудников, будет составлять основу такого раздела стратегического плана развития организации, как «работа с кадрами». Второе направление, в виде системы мероприятий по информационному, материально-техническому и финансово-экономическому обеспечению процесса управления качеством, будет составлять существенную часть раздела «управление качеством». Основную ответственность за успешную реализацию, как первого, так и второго направления деятельности, соответственно, должен нести первый руководитель. Таким образом, вопросы повышения квалификации персонала, также как и вопросы ресурсного обеспечения процессов управления качеством профильной деятельности организации должны быть в зоне пристального внимания первого руководителя, предметом внутреннего и внешнего аудита управленческой деятельности.

В оперативных планах наркологических организаций обсуждаемый тезис должен быть представлен потенциально выполнимым объемом мероприятий как по первому, так и по второму направлению деятельности. А также – разделами общего плана деятельности по внутреннему аудиту комиссии по контролю за качеством.

2.2.5. Руководство должно определять принципы долгосрочной политики и миссию в области качества, трансформировать эти категории в измеряемые цели и задачи.

Данный тезис, по сути, означает, что в каждом учреждении наркологического профиля (научном, образовательном, практическом), действующем в контексте идеологии TQM, должен появиться концептуальный документ, в котором: 1) должна быть ясно определена миссия (основное функциональное предназначение) конкретной организации и трудового коллектива; данное определение должно соответствовать основополагающей идеологии TQM в области качества; 2) должны быть четко определены основные принципы реализации миссии, которые давали бы ясное представление о подходах и методах

в области управления качеством, использование которых в наибольшей степени способствовало бы выполнению главных функциональных задач организации; 3) формулировка, а также основные принципы реализации заявляемой миссии должны быть ясно и понятно представлены в перспективных и оперативных целях и задачах организации. Обозначенным целям и задачам, во-первых, должны соответствовать основные функциональные направления деятельности организации, а, во-вторых – вполне конкретные промежуточные и конечные индикаторы или системы индикаторов. Измеряемые значения последних должны ясно показывать темпы продвижения и степень достижения поставленных целей и задач. Таким образом, первые две части документа отражают политику (т.е. приверженность) организации к определенной системе повышения качества профильной деятельности. Основное функциональное предназначение этих разделов заключается в том, что они формируют долговременную идеологию руководства, проясняют перспективу развития организации и формируют у руководства, и трудового коллектива в целом, четкие представления о главных механизмах выполнения основной задачи организации в сфере повышения качества профильной деятельности. Третья часть документа, по сути дела, представляет собой долговременный стратегический индикативный план развития организации, в частности - формирования эффективной системы управления качеством. При этом понятно, что первые две части документа (своего рода, конституция в области качества) остаются неизменными в течение достаточно длительного времени, поскольку в противном случае вряд ли можно ожидать каких-то существенных результатов в области долговременного повышения качества профильной деятельности. Третья часть документа – стратегический, многолетний индикативный план - может модифицироваться и дополняться по ходу его реализации, и полностью обновляться по завершению охватываемого периода времени. С нашей точки зрения, индикативный стратегический план в области управления качеством профильной деятельности, отдельно от основного стратегического плана развития организации, разрабатывать не следует. Идея качества, так или иначе, должна охватывать абсолютно все технологические процессы, реализуемые в организации, начиная от планирования, заканчивая контролем и необходимой модификацией. В тоже время, самостоятельный раздел по формированию и эффективному функционированию системы управления качеством должен быть одним из наиболее приоритетных в общем стратегическом плане развития организации, и находиться под пристальным вниманием первого руководителя, его заместителей и менеджеров среднего звена.

В соответствие со всем сказанным, дальнейшее раскрытие обсуждаемого тезиса будет связано с оп-

ределением миссии организаций наркологического профиля в контексте общей идеологии TQM, прояснения основных принципов и подходов в области реализации определяемой миссии, формулировки соответствующих целей, задач, направлений деятельности в многолетних стратегических планах развития наркологических организаций.

Применительно к системе наркологической помощи РК в качестве основной миссии, отвечающей главным требованиям идеологии TQM, может служить утверждение того, что *учреждения и организации наркологического профиля должны оказывать необходимую помощь населению наилучшим образом, добиваясь максимального соответствия с открытыми и скрытыми потребностями различных групп населения в объеме, ассортименте и качестве специализированных услуг.* Понятно, что приведенное определение миссии должно трансформироваться для научных, образовательных и практических учреждений наркологического профиля в соответствие со спецификой основной деятельности каждого сектора. Например, для научных учреждений основополагающая функциональная задача (миссия) будет заключаться, прежде всего, в выявлении скрытых и открытых потребностей различных групп населения в наркологической помощи; далее, в разработке и широкомасштабном внедрении всего комплекса технологий, обеспечивающих удовлетворение названных потребностей (технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации зависимых от ПАВ; информационные, образовательные, исследовательские технологии; технологии организации наркологической помощи, в том числе – технологии оценки параметров качества профильных услуг и т.д.); и затем – в определении степени удовлетворения потребностей населения в наркологической помощи в результате соответствующих инноваций в деятельность профилактических и лечебно-реабилитационных учреждений наркологического профиля. Т.е., речь идет *об адекватном научно-информационном обеспечении процесса удовлетворения потребностей населения в наркологической помощи.* Для образовательных учреждений основополагающая функциональная задача миссия будет заключаться, в первую очередь, в выявлении всего комплекса потребностей, существующих у организаций и профессионалов наркологического профиля в додипломном, последипломном, дополнительном образовании и непрерывном профессиональном развитии; далее, в разработке полного пакета образовательных стандартов по каждой профессиональной специфике современной наркологии, а также – собственно образовательных технологий, в наибольшей степени отвечающих современным требованиям; и затем – в реализации соответствующих образовательных программ в масштабах и качестве, удовлетворяющих потребности сектора практической наркологии. Т.е., речь идет *об адекватном ква-*

лификационном обеспечении процесса удовлетворения потребностей населения в наркологической помощи. Что же касается наркологических организаций практического сектора, то для них наиболее адекватным может быть то определение миссии, которое приведено для системы наркологической помощи РК в целом.

Принципы долгосрочной политики в области качества, приемлемые для системы наркологической помощи РК и соответствующие идеологии TQM, практически полностью дублируют главные принципы всеобщего менеджмента качества, излагаемые в настоящей статье. С учетом того обстоятельства, что основная цель данного пособия – адекватная трансформация упомянутых принципов TQM в измеряемые цели, задачи, направления деятельности и системы соответствующих мероприятий, планируемых и осуществляемых в каждой организации наркологического профиля, каких-либо сложностей в реализации обсуждаемого тезиса возникнуть не должно. Далее, на примере наркологической службы РК, мы проиллюстрируем каким образом основополагающая миссия в области качества может быть трансформирована в измеряемые цели и задачи, и чем данный подход отличается от традиционного административного прессинга.

С учетом аргументов, изложенных в разделе 1 настоящей статьи, а также принимая во внимание результаты многочисленных исследований наркологической ситуации в РК в части, касающейся ожиданий и потребностей населения в специализированной помощи, наиболее востребованный результат деятельности наркологической службы РК – блокирование тенденций распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа. Что предполагает эффективную первичную профилактику, а также – полноценную медико-социальную реабилитацию лиц с химической зависимостью. Данный тезис с полным правом может выступать в качестве основной цели, стоящей как перед системой наркологической помощи РК в целом, так и перед региональными наркологическими службами, и транслироваться в основополагающие директивные документы, регулирующие деятельность профильных учреждений и организаций (Стратегии, Законы, базисные приказы МЗ РК). Системой индикаторов, дающих представление о темпах продвижения к намеченной цели, будут отслеживаемые тенденции распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа в регионах РК и по Республике в целом. Далее, обозначенная цель должна быть адаптирована для основных участников наркологического кластера – научных, образовательных и практических учреждений. С этим также не возникает особых проблем, так как предложенные определения миссии для названных участников подсказывают основные формулировки профилированных целей: для научных учреждений – это эффективное науч-

но-информационное обеспечение процесса блокирования распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа; для учреждений образования – это эффективное квалификационное обеспечение данного процесса. Что касается системы индикаторов, характеризующих динамику продвижения к целям, заявляемым в научном и образовательном секторах системы наркологической помощи РК, то конечные индикаторы – тенденций распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ среди населения здесь будут идентичными для всех трех основных участников наркологического кластера. При этом должен действовать принцип полной индивидуальности и солидарной ответственности. Фактически это означает, что каждый из поименованных участников на 100% ответственен за достижение конечной цели, поскольку выпадение какого-либо одного из звеньев, обеспечивающих качественную наркологическую помощь – научно-информационного, образовательного, практического – будут означать крах всей системы в целом. Промежуточные индикаторы будут, естественно, существенно различаться и отражать специфику деятельности каждого сектора.

Далее, основная цель, сформулированная в контексте общей миссии системы наркологической помощи РК, должна быть представлена в главных задачах. В качестве последних могут выступать задачи, приведенные нами в разделе 1 настоящей статьи, где речь идет о том, что в первую очередь необходимо: 1) достижение соответствия объема, ассортимента и качества услуг наркологического профиля, а также условий их оказания, ожиданиям и потребностям реальных и потенциальных клиентов; 2) достижение устойчивого повышения мотивации у реальных и потенциальных клиентов на получение профессиональной наркологической помощи; 3) достижение устойчивых тенденций повышения охвата лиц, входящих в группу высокого риска, потребителей и зависимых от ПАВ, высококачественными услугами наркологического профиля; 4) достижение устойчивой динамики роста клинической, экономической и социальной эффективности в деятельности учреждений наркологического профиля и службы в целом. Соответственно, конечными индикаторами, измеряющими степень эффективности вышеприведенных задач будут являться: результаты мониторинга степени удовлетворенности населения объемом, ассортиментом и качеством услуг наркологического профиля; показатели охвата групп повышенного риска, потребителей и зависимых от ПАВ услугами наркологического профиля; показатель перевода зависимых от ПАВ с этапа первичной наркологической помощи в программы полноценной социальной реабилитации; показатель длительности и качества ремиссий у лиц, прошедших медико-социальную реабилитацию; динамика показателя объема популяции зависимых от ПАВ по отношению к здорово-

му населению. В приведенных формулировках главных задач наркологической службы РК и системе конечных индикаторов, оценивающих эффективность их исполнения, достаточно ясно прослеживается приверженность главенствующей идеологии TQM. Особенно, это касается 1-ой и 2-ой задачи, которые полностью соответствуют приведенному определению миссии системы наркологической помощи РК. Но главное отличие предлагаемого управленческого подхода от традиционного административного прессинга заключается в том, что в перспективных (многолетних, стратегических) и оперативных планах наркологических учреждений и организаций в качестве приоритетных позиционируются задачи и в сфере управления качеством, соответствующие направления деятельности профильных организаций, блоки необходимых мероприятий, реализующих такие задачи наилучшим образом. Что, собственно, и составляет процесс эффективной реализации рассматриваемых принципов долгосрочной политики в области качества. Таким образом, речь идет о том, что при внешнем сходстве целей, выставляемых перед системой наркологической помощи в РК, существуют кардинальные различия в методологии и средствах достижения планируемых результатов. В настоящей статье эти различия продемонстрированы на всех уровнях нормативных документов, регулирующих деятельность системы наркологической помощи в РК – директивном, технологическом, стратегических и оперативных планах. Однако, прежде всего, и в наиболее существенной степени необходимо модифицировать стратегические и оперативные планы каждого учреждения наркологического профиля, на что в данном пособии и делается особый акцент.

2.3. Принцип 3: «Вовлечение сотрудников»

2.3.1. *Сотрудники представляют наиболее существенную и ценную часть организации, наилучшее использование их возможностей может принести организации максимальную выгоду.*

Данный тезис означает, прежде всего, то, что должным образом подготовленный и мотивированный кадровый ресурс наркологических организаций является носителем современных технологий наркологической помощи, научно-информационных, образовательных, организационных технологий, масштабное воспроизводство которых является основным условием достижения главных целей наркологической службы РК. Таким образом, кадровый потенциал является основным ресурсом современной наркологии, в то время как материально-технические, финансовые, информационные и прочие, в значительной степени – вспомогательными. Основная функция последних как раз и заключается в том, чтобы кадровый ресурс наркологических организаций формировался и функционировал наилучшим образом. Позиционирование целей, задач, направле-

ний деятельности и основных блоков мероприятий по формированию соответствующего кадрового ресурса наркологических организаций в нормативных документах директивного и технологического уровней, долговременных стратегических и оперативных планах подробно рассматривалось нами в п.п. 2.2.2.; 2.2.3.; 2.2.4. настоящей статьи и, поэтому, здесь не приводится.

2.3.2. *Система управления качеством и ее механизмы должны побуждать сотрудников: 1) проявлять инициативу в постоянном улучшении качества деятельности организации; 2) брать на себя ответственность в решении проблем качества; 3) активно повышать свои знания; 4) передавать свои знания и опыт коллегам; 5) представлять свою организацию потребителям и всем заинтересованным сторонам в лучшем свете.*

Относительно новым содержанием данного тезиса, в сравнении с п.п. 2.2.2.; 2.2.3.; 2.2.4. настоящей статьи, является акцент на необходимости передавать свои знания коллегам и представлять свою организацию в выгодном свете. Данные позиции могут быть обозначены в виде системы мероприятий по наставничеству и связей с общественностью в стратегических и оперативных планах наркологических организаций. Инициатива и реализация данных мероприятий должна поощряться, как руководством, так и коллективом в целом, системой продуманных позитивных стимулов (награды, премии, статусные отличия и т.д.). В остальном позиционирование обсуждаемого тезиса в нормативных документах директивного и технологического уровней, долговременных стратегических и оперативных планах подробно рассматривалось нами в п.п. 2.2.2.; 2.2.3.; 2.2.4. настоящей статьи.

2.4. Принцип 4: «Процесс-ориентированный подход»

Основная идея процесс-ориентированного подхода заключается в том, что для повышения качества какой-либо конкретной деятельности (в нашем случае – наркологической помощи населению) следует добиваться улучшения качества каждого его компонента. С учетом вышеприведенной логики каждый вид деятельности может быть разложен на серии взаимосвязанных процессов, имеющих определенные характеристики – ресурсные, технологические, квалификационные и т.д. Конструктивное влияние на данные компоненты обеспечит улучшение каждого конкретного процесса и наркологической помощи в целом. В качестве «больших» процессов, на которые можно раскладывать такой вид организованной социальной деятельности как наркологическая помощь населению, могут выступать следующие: 1) определение дифференцированных потребностей населения в наркологической помощи – данный «большой» процесс может быть в свою очередь, разложен на ряд процессов и подпроцессов, таких как: разработка соответствующих систем

мониторинга, обеспечение необходимыми ресурсами исследовательского процесса, реализация исследовательской программы по заданным параметрам, доведение результатов исследования до основных заказчиков и потребителей; 2) организация структуры и ресурсного обеспечения (материально-технического, финансового, кадрового, информационно-технологического) системы наркологической помощи – данный «большой» процесс также может быть разложен на множество процессов и подпроцессов, соответствующих развитию определенных групп ресурсов: например – процесс подбора, подготовки и мотивации кадрового ресурса; процесс технологического оснащения наркологических организаций; процесс финансирования повседневной деятельности и ресурсного развития профильных организаций; процесс информационного обеспечения развивающейся и текущей деятельности специалистов и т.д.; 3) «большой» процесс реализации основного профиля практической деятельности – оказания профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных, консультативных и других услуг наркологического профиля – может быть структурирован на процессы разработки, внедрения и реализации такого рода услуг, на подпроцессы, соответствующие основным видам услуг, подпроцессы лекарственного и иного материального обеспечения используемых медицинских технологий и т.д.; 4) «большой» процесс определения степени удовлетворенности дифференцированных групп населения в наркологической помощи, соответственно, структурируется на: процессы мониторинга основных групп населения – здоровых (устойчивых), групп повышенного риска, потребителей и зависимых от ПАВ; подпроцессы мониторинга пациентов соответствующих секторов наркологической помощи – добровольная, недобровольная (СЛПУ, пенитенциарные учреждения), первичная наркологическая помощь; подпроцессы мониторинга по отдельным классам и видам услуг; подпроцессы доведения результатов мониторинга до руководителей каждого конкретного процесса и коррекции технологических составляющих, если в этом есть необходимость. Таким образом, современная система наркологической помощи является высокотехнологичным, структурированным видом социальной деятельности, к которой вполне применим процесс-ориентированный подход. Позиционируемые далее основные тезисы процесс-ориентированного подхода, в сущности и есть этапы внедрения данного подхода в деятельность конкретных организаций и системы наркологической помощи в целом.

2.4.1. Чтобы функционировать эффективно организации должны выявлять взаимосвязанные процессы в своей деятельности и управлять ими.

В нормативных документах директивного уровня (Стратегии, Законы, базисные приказы МЗ РК), прежде всего, должен быть четко обозначен основ-

ной вектор развития наркологической помощи в РК – повышение ее качества, что, практически, означает необходимость внедрения процесс-ориентированного подхода в управление профильной деятельностью. Далее, в директивных документах должны быть обозначены, по крайней мере, 4 группы приоритетных макропроцессов, из которых складывается система современной наркологической помощи: 1) этапы оказания наркологической помощи; 2) секторы или основные виды наркологической помощи; 3) основные сферы деятельности в системе наркологической помощи; 4) система профессиональных стандартов в наркологии. Главный процесс – общий алгоритм, на основании которого выстраивается вся система наркологической помощи населению, должен позиционироваться в разделе: «принципы организации наркологической помощи» названных документов. Что касается процессов следующего уровня (процессов, подпроцессов), то они должны обозначаться в других, менее масштабных документах, например, в приложениях к приказам МЗ РК о совершенствовании системы наркологической помощи. Четкое структурирование макропроцессов системы современной наркологической помощи в главных директивных документах в духе идеологии TQM имеет решающее значение для реализации основного вектора развития службы - повышения её качества. Так, выстраивание основного макропроцесса формирования системы наркологической помощи РК с учетом результатов масштабных научных исследований, определяющих открытые и скрытые потребности дифференцированных групп населения в такого рода помощи, позволяет правильно сформировать структуру практической наркологии с приоритетами в области первичной наркологической помощи, мотивационных технологий и полноценной реабилитации. Что, в конечном итоге, приводит к существенному повышению охвата потребителей ПАВ наиболее востребованными услугами, оказываемыми на приемлемых условиях. Далее, закономерно повышается процент их перехода в программы полноценной медико-социальной реабилитации. А также – увеличивается продолжительность и повышается качество терапевтической ремиссии. Т.е. обеспечивается позитивная динамика основных индикаторов качества наркологической помощи. Четкое обозначение следующей группы макропроцессов – этапов оказания наркологической помощи (куда будут входить этап первичной наркологической помощи, этапы медикаментозной коррекции, психотерапии и реабилитации, социальной реабилитации и противорецидивной терапии) – позволит обеспечить широкомасштабное внедрение, как минимум, двух групп высокоэффективных технологий из которых складывается первичная наркологическая помощь и противорецидивная терапия. Что также будет способствовать существенному увеличению сроков и повышению качества терапевти-

ческих ремиссий у зависимых от ПАВ. Обозначение в главных директивных документах таких макропроцессов как основные виды наркологической помощи – добровольная (система МЗ РК), недобровольная (система МЗ РК), добровольная (социальный сектор), недобровольная (пенитенциарные учреждения), частная – позволит разработать и внедрить крайне важную группу технологий наркологической помощи в социальном (немедицинском) секторе. Следует отметить, что в данном секторе и реализуется основной объем первичной наркологической помощи, оказываемой потребителям ПАВ на приемлемых для них условиях. Дифференцированное структурирование основных видов современной практической наркологии позволит качественно улучшить наиболее проблемные из них – сектор недобровольной наркологической помощи в СЛПУ и пенитенциарной системе. Четкое обозначение таких макропроцессов, как основные сферы деятельности современной наркологии – прикладная научная деятельность; сфера додипломного, последипломного и дополнительного образования специалистов наркологического профиля; практическая наркология – а также структурирование целей и задач в области повышения качества для каждой из них, позволит интенсифицировать крайне важный процесс широкомасштабного внедрения инновационных технологий современной наркологической помощи в деятельность учреждений практического сектора. Что, в свою очередь, позволит существенно повысить качество технологической составляющей всего макропроцесса оказания наркологической помощи населению РК. Наконец, обозначение в директивных документах системы профессиональных стандартов, где каждый профессиональный стандарт рассматривается как эталонный процесс, тесно связанный с другими стандартами – процессами, является крайне важным для понимания того, каким образом выстраивается основная технологическая цепь наркологической помощи. Позиционирование системы профессиональных стандартов в директивных документах, как основного инструмента повышения качества профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных (т.е. основных рабочих) технологий, позволяет, во-первых, существенно интенсифицировать процесс разработки адекватных профессиональных стандартов в системе наркологической помощи. Во-вторых, активно использовать данный инструмент в виде основного стимула для роста качества оказываемых услуг. Далее – использовать систему профессиональных стандартов в виде инструмента контроля за качеством оказываемых услуг.

В нормативных документах технологического уровня (система профессиональных стандартов, технические приказы, положения, инструкции, методические руководства и письма) должны быть подробно проинвентаризированы основные процессы и микропроцессы, представляющие систему совре-

менной наркологической помощи. В идеале, каждому структурированному процессу должен соответствовать либо профессиональный стандарт, протокол, либо положение или методическое руководство. Каждому микропроцессу должна соответствовать инструкция, методическое письмо или соответствующий фрагмент в этих документах, где описывается вид, назначение, ресурсное обеспечение, технология реализации и ожидаемые результаты конкретного процесса. Далее, в основных технологических документах должна быть показана взаимозависимость и взаимообусловленность главных фрагментов (процессов) оказания наркологической помощи, представленных в системе профессиональных стандартов. В частности, должна быть продемонстрирована последовательная и логически обусловленная взаимосвязь между процессом (стандартом) мониторинга наркологической ситуации, таким его разделом, как определение потребностей различных групп населения в дифференцированной наркологической помощи, и процессом формирования стандарта услуг в секторе практической наркологии. Соответственно, стандартные требования к ассортименту, объему и качеству исполнения профильных услуг должны соответствовать вышеназванным параметрам мониторинга. В противном случае, стандартный ассортимент наркологических услуг (как это имеет место в настоящее время) вряд ли будет пользоваться повышенным спросом потенциальных потребителей. Еще более тесная взаимозависимость должна быть продемонстрирована между стандартом услуг и квалификационным стандартом (всеми тремя частями последнего: перечнем профессиональных спецификаций; собственно квалификационными требованиями по каждой спецификации; должностными инструкциями по каждой должностной позиции). Т.е. основное требование соответствия между рассматриваемым стандартом услуг и квалификационным стандартом в сфере наркологической помощи должно заключаться в том, чтобы последний стандарт полностью вмещал в себя прописанный в первом стандарте ассортимент услуг. Профессиональная спецификация специалистов наркологического профиля должна полностью соответствовать данному ассортименту, а их квалификация – позволять реализовывать соответствующий ассортимент услуг с высоким качеством. Общее количество услуг по каждой профессиональной спецификации должно соответствовать объему, выводимому по результатам мониторинга. Следующая взаимозависимая пара профессиональных стандартов – квалификационный и образовательный. Следует отметить, что в некоторых системных классификациях эти стандарты не различаются, и квалификационные требования специалистов составляют часть образовательного стандарта. С нашей точки зрения полный объем квалификационных требований, предъявляемых к специалисту наркологического профиля, су-

шественно шире, чем те, которые могут быть сформированы по ходу какого-либо одного, пусть даже и наиболее полного образовательного цикла. Кроме того, квалификационный стандарт, помимо собственно квалификационных требований по каждой профессии, должен включать еще и полный перечень всех профессиональных спецификаций, действующих в современной наркологии, а также – реестр должностных инструкций по каждой должностной номинации отдельной профессии. В этом случае специалист наркологического профиля будет полностью ориентирован в том, что он должен знать, уметь и делать, и за какие процессы нести полную, частичную или солидарную ответственность. А также – в том, что должны знать, уметь и делать, и за что нести ответственность другие специалисты, или лица, занимающие иные должности. Полное соответствие квалификационного стандарта и стандарта образовательных программ, из которых выстраивается маршрут профессионального развития специалиста – естественная гарантия того, что квалификация персонала наркологического профиля будет повышаться в сторону соответствия с потребностями населения в высококачественной наркологической помощи. Т.е. квалификационная и технологическая составляющая макропроцесса оказания наркологической помощи будет обеспечивать постоянный рост ее качества. Наконец, организационный стандарт, который в дополнение к вышеперечисленным основным технологическим характеристикам – процессам, содержит характеристики их ресурсного обеспечения (ресурсо-обеспечивающие процессы), а также характеристики собственно управленческих процессов, должен находиться в полном соответствии с основной технологической частью – стандартами мониторинга, услуг, квалификации, образования. Поскольку сам по себе макропроцесс организации наркологической помощи, с полным на то правом, может рассматриваться, как ресурсное (информационное, кадровое, материально-техническое, финансовое) и управленческое обеспечение основной деятельности организации по производству профильных услуг. Соответственно, нормативная база, утверждающая структуру, штатное расписание, специфику материально-технической обеспеченности и объемы финансирования должна полностью соответствовать требованиям наилучшей реализации базисных технологических стандартов. Таким образом, каждый из перечисленных основополагающих профессиональных стандартов наркологической помощи формируется на основании предыдущего, и служит основанием для последующего. В этом и заключается суть системного подхода к управлению качеством, о чем речь пойдет несколько позже. Следующий комплекс взаимозависимых макропроцессов – основных сфер деятельности современной наркологии – прикладные научные исследования и научно-информационное обеспечение процессов оказания нар-

кологической помощи; профессиональная подготовка специалистов наркологического профиля и квалификационное обеспечение процессов оказания наркологической помощи; производство услуг наркологического профиля в учреждениях практического здравоохранения и социального сектора – может и должен быть представлен в нормативной базе, формирующей наркологический кластер в системе МЗ РК. Речь идет о ведомственном приказе МЗ РК с соответствующими приложениями. В данных приложениях процессы взаимодействия основных участников отраслевого кластера должны быть обоснованы, структурированы, представлены в виде системы взаимных обязательств и конкретных мероприятий, соответствующих сфере компетенции каждого участника. Также должна быть обозначена система промежуточных и конечных индикаторов, отслеживающих успешность данного взаимодействия. Промежуточные индикаторы в обязательном порядке должны отражать темпы и масштабы внедрения инновационных технологий. Конечные индикаторы – оценивать качество деятельности наркологических учреждений практического сектора.

В долговременных стратегических планах обсуждаемый тезис должен быть представлен в виде отдельной задачи, соответствующего направления деятельности и системы мероприятий, в завершение которых должна появиться карта всех основных процессов и подпроцессов, реализуемых на предприятии. В результате, вся полученная совокупность процессов должна быть структурирована по основным функциональным уровням: 1) главные технологические процессы и подпроцессы по производству профильных услуг; 2) ресурсообеспечивающие (вспомогательные) процессы и подпроцессы; 3) управленческие процессы и подпроцессы. Далее, должны быть уточнены существенные взаимосвязи между основными процессами, существенные характеристики ресурсного (материально-технического, информационного, кадрового, финансового) и управленческого обеспечения каждого процесса; проведена экспертная оценка соответствия каждого процесса утвержденному нормативному эталону и выданы рекомендации по его реальному улучшению. Эти рекомендации должны быть расписаны в системе конкретных мероприятий по всем дефицитарным компонентам анализируемых процессов. Реализация данных мероприятий, прописанных в соответствующих разделах стратегических планов, и будет являться практической работой по улучшению качества наркологической помощи в конкретной организации.

В оперативных планах наркологических организаций, разрабатываемых на 1 год, данный цикл должен быть представлен, практически, полностью, за исключением тех мероприятий, ресурсное обеспечение которых невозможно в текущем году.

2.4.2. *Каждый процесс рассматривается как система, имеющая: входные характеристики; тре-*

бования к ресурсному обеспечению; планируемые результаты; конкретных потребителей; существенные взаимосвязи с другими процессами; компетентного сотрудника, ответственного за управление (реализацию) данного процесса.

Данный тезис конкретизирует компоненты процессов, поименованные в предыдущем пункте, которые необходимо оценивать и улучшать в каждой наркологической организации.

В этой связи, соответствующие компоненты должны быть подробно расписаны в документации технологического уровня – методических руководствах и инструкциях по проведению картирования основных процессов наркологических организаций – с описанием технологий оценки каждого компонента и разработки рекомендаций по его улучшению. Далее, названные компоненты должны быть обозначены в положениях о деятельности комиссий по контролю за качеством профильной деятельности наркологических организаций, в виде основного предмета оценки. Наконец, приведенное системное описание производственных процессов должно являться своего рода матрицей, используемой при разработке профессиональных стандартов в наркологии – эталонов главных технологических процессов. Последние, в свою очередь, являются основой для формирования всего ассортимента наркологических услуг, а также – научно-информационного, квалификационного и управленческого сопровождения производственного процесса в целом, обеспечивая высокое качество конечного продукта. Как особенно важное следует отметить то обстоятельство, что в общем перечне профессиональных стандартов методология и практика системного описания технологических процессов наркологической помощи должна быть наиболее полно и подробно представлена в квалификационном и образовательном стандартах управленцев всех уровней и экспертов, действующих в комиссиях по контролю качества при наркологических организациях.

По всем прочим разделам позиционирование данного тезиса совпадает с п. 2.4.1. и, поэтому здесь не приводится.

2.4.3. Необходимо осуществлять ранжирование процессов в соответствии с конкретными функциями организаций, и устанавливаться степень влияния каждого процесса на достижение целей организации.

По сути, данный тезис означает, что основные макропроцессы – функции конкретной организации наркологического профиля (например, функция научно-информационного обеспечения деятельности наркологических организаций практического сектора – для учреждений научного профиля; функция квалификационного обеспечения данного процесса – для учреждений образовательного профиля и т.д.) должны быть структурированы на соответствующие процессы и подпроцессы с целью наиболее

эффективного управления и улучшения качества каждого из них. Смысл определения степени влияния каждого процесса и подпроцесса на достижение заявляемых целей организации состоит в том, что таким образом выстраивается разумная система приоритетов. Особенно важным данное обстоятельство является в условиях ограничения ресурсов, не позволяющих добиваться улучшения качества всех процессов одновременно. Что касается представленности общего алгоритма структурирования «больших» процессов организации наркологической помощи в функциональные цели, задачи, направления деятельности и, соответственно, основные технологические процессы в нормативных документах директивного, технологического уровней, долговременных стратегических и оперативных планах, то подробно эта тема освещалась в п.п. 2.2.1., 2.4.1. настоящей статьи. Вопросы влияния основополагающих макропроцессов организации наркологической помощи на достижение конечных целей, стоящих перед наркологической службой РК рассматривались нами в п. 2.4.1. данной статьи. Что же касается ранжирования основных групп процессов, которые идентифицируются в каждой наркологической организации, независимо от профиля основной деятельности – технологических, ресурсообеспечивающих, управленческих – то следует признать очевидный приоритет группы управленческих процессов. Высокое качество конечного продукта деятельности наркологических организаций является последним звеном в цепи управленческих процессов, эффективная реализация которых должна обеспечить ресурсную составляющую (среднее звено) основного технологического цикла и эффективную реализацию последнего, а не наоборот. Рассматриваемая в данной статье система менеджмента качества является убедительным обоснованием данного утверждения, подчеркивая следующие очевидные факты: разграничение общего континуума процессов на собственно управленческие, технологические и ресурсообеспечивающие – достаточно условно; любой процесс или подпроцесс из группы ресурсообеспечивающих и технологических, в соответствии с основной идеологией TQM, должен рассматриваться как система, которой необходимо эффективно управлять; сама по себе динамика инновационной организации технологического цикла, когда от стихийных и плохо организованных по своим основным компонентам ресурсообеспечивающих, технологических процессов и подпроцессов осуществляется планомерный и продуманный переход к улучшению каждого из них и, в конечном итоге, общей функции организации в целом – и есть основное условие повышения качества профильной деятельности организации. Следующее замечание касается возможности выведения приоритетов в системе ресурсообеспечивающих процессов. В связи с аргументацией, изложенной при анализе всех вышеприведенных принципов

и тезисов, приоритетными должны считаться процессы развития кадровых и информационных ресурсов (как обеспечивающих требуемую квалификацию кадров). В том числе, и в первую очередь, процессы подготовки управленческих кадров. В основополагающих нормативных документах данное обстоятельство должно особым образом акцентироваться и учитываться. Однако и здесь следует иметь в виду относительное, а не абсолютное значение кадрового приоритета, в общей структуре используемых ресурсов. Поскольку понятно, что без достаточного финансово-экономического обеспечения, во-первых, сложно рассчитывать на долговременную мотивацию персонала в вопросах повышения качества, а, во-вторых, на адекватное информационно-техническое обеспечение профессиональной деятельности.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК), в связи со всем сказанным, вопросы улучшения управления качеством наркологической помощи должны быть представлены в виде приоритетной задачи, в структуре основного вектора развития службы - повышения качества профильной деятельности наркологических организаций. Соответственно, вопросы адекватного подбора и подготовки управленческих кадров должны позиционироваться в базисных приказах МЗ РК по совершенствованию системы наркологической помощи населению, как требующие особого внимания и контроля со стороны основного администратора бюджетных программ, если речь идет о государственных организациях, и первого руководителя, если речь идет об организациях частного сектора и сектора НПО.

В нормативных документах технического уровня (система профессиональных стандартов) обозначенные приоритеты должны быть прописаны: в системе организационных стандартов, в части положений, инструкций, методических руководств по управлению качеством в системе наркологической помощи, а также – в части оплаты труда управленческого персонала; в квалификационных стандартах руководителей всех уровней (во второй и третьей части данного стандарта – собственно квалификационных требований и должностных инструкциях управленческого персонала); в образовательных стандартах подготовки управленческого персонала всех уровней.

В долгосрочных стратегических планах наркологических организаций, как уже неоднократно подчеркивалось, вопросы управления качеством профильной деятельности должны, как минимум, выделяться в приоритетную задачу, соответствующие направлению деятельности, и быть представлены системой продуманных мероприятий, улучшающих компоненты данного процесса. Другой приоритетной задачей, и, соответственно, направлением деятельности, должна быть работа с кадрами. В частности, целенаправленная работа с управленческими

кадрами. Что предполагает разработку системы мероприятий по отбору управленческих кадров и их ближайшего резерва, постоянному обучению перспективных сотрудников технологиям управления качеством, другим управленческим технологиям и общим вопросам организации наркологической помощи.

В оперативных планах наркологических организаций, помимо вышеназванных задач и соответствующих направлений деятельности, должен быть прописан тот объем мероприятий по совершенствованию управлением качества профильной деятельности (в частности, мероприятий по подготовке управленческого персонала и его ближайшего резерва), который реально осуществим в текущем году.

2.4.4. Формирование эталонов (высококачественных образцов) технологических процессов должно осуществляться авторитетными экспертами высокой квалификации, досконально знающими соответствующие технологии; каждый эталон четко описывается, документируется и утверждается в качестве технологического образца.

Позиционирование данного тезиса во всех рассматриваемых уровнях нормативных документов должно проводиться с учетом того обстоятельства, что эталоны основных технологических процессов в любой отрасли являются основным инструментом повышения качества производимых услуг. Данный инструмент используется, во-первых, в процессе проектирования или планирования каждого вида услуг, являясь своего рода «калькой» для воспроизведения требуемого образца. Во-вторых – в целях осуществления промежуточного и конечного контроля. В-третьих – в целях обучения специалистов наркологического профиля соответствующим технологиям. В данной связи исключительно важно, чтобы нормативная база всех уровней, регулирующая деятельность наркологического профиля, обеспечивала полноценное формирование соответствующих эталонов (профессиональных стандартов, протоколов), которые, в свою очередь, являются важнейшей составляющей нормативных документов технического уровня.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) должны быть четко обозначены, как минимум, три обстоятельства: деятельность по оказанию квалифицированной наркологической помощи должна выстраиваться на основе продуманной и высокотехнологической системы профессиональных стандартов; базисный принцип, на основании которого формируется вся система профессиональных стандартов – это максимальная степень соответствия образцов (эталонов) основных технологий, используемых в системе наркологической помощи, ожиданиям реальных и потенциальных потребителей (в данном случае категория потребителей – это не только дифференцированные группы населе-

ния, в той или иной степени нуждающиеся в услугах наркологического профиля, но и специалисты, действующие в системе наркологической помощи – в сфере прикладной науки, образования, практики); основной ресурс, который используется при формировании стандартов – это наиболее подготовленные кадры профильных научных учреждений, занимающиеся разработкой, апробацией и внедрением разнообразных технологий наркологической помощи. Вышеназванные позиции должны быть прописаны в главных директивных документах – стратегических и законодательных. В базисных приказах МЗ РК должен быть четко прописаны сферы компетенции конкретных учреждений в отношении нижеследующих функций и общие алгоритмы процессов: 1) разработки протоколов оказания наркологической помощи на основе оригинальных, заимствованных или уже действующих технологий; 2) апробации соответствующих протоколов; 3) широкомасштабного внедрения апробированных технологий; 4) действенного контроля эффективности их использования.

В нормативных документах технического уровня (которые, в свою очередь, являются системой высокотехнологических профессиональных стандартов), деятельность по разработке, апробации, утверждению и внедрению технологических эталонов оказания наркологической помощи должна быть обозначена в качестве приоритетной задачи и направления деятельности отраслевого наркологического кластера. Данная позиция должна быть прописана в приложениях к ведомственному приказу МЗ РК о создании отраслевого наркологического кластера. В организационном стандарте, разработанном для научных учреждений наркологического профиля, должна быть четко прописана ресурсная составляющая макропроцесса разработки инновационных или апробации заимствованных технологий с целью последующего утверждения их в качестве эталонов наркологической помощи. В данном случае речь идет о том, что сами по себе процессы выполнения соответствующих исследовательских проектов (фрагментов прикладных научно-технических программ) или реализации конкретных технических заданий, должны быть оформлены в духе идеологии TQM и делегированы для использования тем сотрудникам, в чьей компетенции не приходится сомневаться. В квалификационном стандарте научных сотрудников, в разделе собственно квалификационных требований, должна быть четко прописана система знаний – умений – навыков в сфере разработки и апробации профессиональных стандартов; в разделе должностных инструкций эти функции должны быть делегированы уровням старших научных сотрудников и выше. Функции текущего и конечного контроля за данным процессом должны быть предписаны заведующим соответствующих научных отделов и заместителю директора по науке. В квалификационных стандартах сотрудников образовательных учреждений зна-

ния – учения – навыки в области подготовки и апробации профессиональных стандартов должны быть представлены в системе собственно квалификационных требований преподавателей клинических дисциплин и циклов по организации наркологической помощи. В квалификационных стандартах специалистов сектора практического здравоохранения знания – умения – навыки в области апробации эталонов профессиональной деятельности должны быть представлены в разделе собственно квалификационных требований для специалистов – клиницистов и управленцев всех профессиональных категорий. Функции по апробации профессиональных эталонов должны быть представлены в разделе должностных инструкций специалистов клинического и управленческого профиля I-ой и высшей категорий. В системе образовательных стандартов соответствующие разделы последиplomной и дополнительной подготовки должны быть представлены в программах резидентуры, аспирантуры, докторантуры по наркологии, общего и тематического усовершенствования по клиническим психологическим, социальным и организационным дисциплинам, представляющим современную наркологию.

В долговременных стратегических планах учреждений наркологического профиля соответствующие цели, задачи и направления деятельности по разработке, апробации, утверждению и внедрению профессиональных стандартов должны быть представлены в объеме и специфике, соответствующей основному профилю деятельности наркологической организации. В научных организациях основной объем деятельности связан с обоснованием, разработкой и внедрением новых технологий в сфере профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и противорецидивной терапии. В данных учреждениях процесс разработки инновационных технологий должен быть представлен в качестве основной функциональной цели, блоком задач по адекватному ресурсному и управленческому обеспечению достижения данной цели, комплексом мероприятий по развитию всех групп соответствующих ресурсов. Т.е. весь стратегический план должен быть прямо или косвенно ориентирован на эффективную реализацию обсуждаемого тезиса в многолетней перспективе. В образовательных учреждениях наркологического профиля многолетние стратегические планы должны включать задачу и направления деятельности по разработке квалификационных и образовательных стандартов по всему спектру профессиональной спецификации современной наркологии – врачебному, психотерапевтическому, психологическому, социальному, консультативно-реабилитационному, средних медицинских работников и др.. Соответствующие комплексы мероприятий должны включать ресурсное обеспечение данных процессов, где особая роль должна отводиться подготовке профильных научно-педагогических кадров. А так же – уп-

равленческому обеспечению с постоянным мониторингом потребностей в профессиональном образовании, анализом спектра наиболее востребованных технологий наркологической помощи, трансляции данных технологий в соответствующие квалификационные и образовательные стандарты. В стратегических планах наркологических организаций практического сектора, являющихся партнерами родственных научных и образовательных центров, задача по апробации профессиональных стандартов должна быть представлена в качестве самостоятельного направления деятельности и делегирована наиболее компетентными и ответственными сотрудникам.

Оперативные планы наркологических организаций (научных, образовательных, практических), помимо соответствующих целей, задач и направлений деятельности, должны содержать реально выполнимый объем мероприятий на текущий год.

2.4.5. Основная задача организатора процесса состоит в том, чтобы риск проявления несоответствия продукции установленному технологическому образцу (эталоно) был сведен к минимуму; к точному соответствию воспроизводимых технологий установленному эталону должен стремиться каждый подготовленный сотрудник.

Основные риски, которые следует учитывать в процессе реализации данного тезиса, следующие: сотрудники наркологических учреждений могут быть нечетко ориентированы в системе профессиональных стандартов и необходимости выстраивать свою деятельность в строгом соответствии с данной системой (дефицит информации); квалификация сотрудников может оказаться недостаточной для реализации всего блока предъявляемых технологических требований (квалификационный дефицит); ресурсное обеспечение основных технологических процессов может быть недостаточным для достижения соответствия установленным эталонам (ресурсный дефицит); сотрудники наркологических организаций могут быть недостаточно мотивированы на выполнение главной технологической задачи достижения соответствия воспроизводимых технологий установленным эталонам (мотивационный дефицит); необходимость соответствия повседневной производственной деятельности технологическим стандартам может лишь декларироваться, но не обеспечивается активным менеджментом первых руководителей и не рассматривается ими как системный процесс, требующий продуманного анализа, плана действий по его реализации, эффективного текущего и конечного контроля (управленческий дефицит). Следовательно, в системе основополагающих нормативных документах должны быть представлены механизмы выявления и снижения вышеуказанных рисков. Данный процесс обозначается, как система управления рисками.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (стратегиях, законах), наряду с

общими приоритетами в области повышения качества в сфере наркологической помощи населению, должен быть ясно и понятно прописан основной механизм достижения требуемого уровня качества: структурирование общего макропроцесса оказания наркологической помощи на процессы следующего уровня, основные технологические процессы и подпроцессы; формирование технологических образцов (эталонных) каждого процесса и подпроцесса; достижение максимально возможной степени соответствия производимых услуг разработанным технологическим эталонам; постоянное обновление данного цикла на все более высоком технологическом и организационном уровне. В базисных приказах МЗ РК касающихся контроля за качеством медицинских услуг, данный алгоритм должен быть прописан более подробно. В частности, должен быть обозначен пункт о проработке вышеуказанных нормативных документов и постоянном информировании персонала о системе профессиональных стандартов в соответствующих областях деятельности.

В нормативных документах технического уровня система профессиональных эталонных (стандартов), во-первых, должна быть адекватно представлена. Кроме того, в этой же системе стандартов должны быть предусмотрены эффективные механизмы доведения необходимой информации до непосредственных исполнителей. В данной связи особенно важно, чтобы при разработке технологических эталонных было обеспечено полное соответствие стандартов услуг, квалификационного и образовательного стандартов. Только в этом случае можно рассчитывать на адекватное снижение рисков в сфере дефицита информации и квалификационного дефицита. Далее, в системе организационного стандарта должно быть четко прописано обоснование нормативов ресурсного (материально-технического, финансового, кадрового) обеспечения процесса воспроизводства профильных услуг. Что позволит до минимума снизить риски ресурсного дефицита. В этой же группе стандартов должна быть прописана система позитивных и негативных санкций, обеспечивающих мотивацию персонала на следование стандартным протоколам в повседневной профессиональной деятельности (снижение мотивационных рисков).

В долговременных стратегических планах обозначенный тезис может быть представлен отдельной задачей по управлению рисками в сфере обеспечения качества профильных услуг. Соответствующее направление деятельности должно включать мероприятия по постоянному мониторингу и оценке степени рисков, распределенных по вышеуказанным группам, необходимой коррекции каждой группы рисков до минимально-возможного. Специфика мероприятий будет зависеть от результатов мониторинга по каждой группе рисков. К этому же направлению деятельности можно отнести и задачу по реа-

лизации процессного подхода в каждой конкретной организации наркологического профиля. При этом, в соответствующем разделе стратегического плана должен быть обозначен пункт о постоянном системном мониторинге и управленческом контроле процесса достижения соответствия реального сектора оказываемых услуг установленным технологическим образцам и коррекции существенных компонентов данного процесса при необходимости (снижение управленческих рисков).

В оперативных планах наркологических организаций, помимо соответствующих задач и направлений деятельности, должны быть представлены те объемы мероприятий, реализация которых возможна в текущем году.

2.5. Принцип 5: «Системный подход к управлению»

2.5.1. Выявление, понимание и управление системой взаимосвязанных процессов, направленных на достижение заданных целей, способствуют повышению результативности и эффективности организации.

Позиционирование данного принципа в основных нормативных документах, регулирующих деятельность учреждений и специалистов наркологического профиля, представлено в п.п. 2.2.1., 2.4., 2.4.1. настоящей статьи и, поэтому, здесь не рассматривается.

2.5.2. Системный подход предполагает постоянное улучшение системы через измерение и оценку.

Данный тезис подчеркивает системообразующее значение компонентов постоянного мониторинга и оценочного контроля в общем контексте процесс-ориентированного подхода. Для любой системы вообще (наркологической помощи в РК, в частности) характерна функция обратной связи, которая и обеспечивает адекватное развитие всей системы в общем контексте изменяющейся ситуации. Постоянный мониторинг наркологической ситуации в РК, потребностей и запросов дифференцированных групп населения в наркологической помощи, общей эффективности усилий, противодействующих процессам распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, должен обеспечивать данную важнейшую функцию. Интенсивное изучение вышеназванных «больших» параметров наркологической ситуации, измеряемых в промежуточных и конечных индикаторах, обеспечивает адекватное целеполагание и общую направленность в деятельности системы наркологической помощи в целом и каждой конкретной организации в частности. Использование процесс-ориентированного подхода с адекватным структурированием общего фронта противодействующей антинаркотической активности на «большие» мегапроцессы, макропроцессы, основные технологические процессы и подпроцессы, обес-

печивает возможность адресного индикативного планирования и контроля. Использование системы предварительного (основанного на результатах многоуровневого мониторинга наркологической ситуации), текущего (в системе промежуточных индикаторов) и конечного (в системе результирующих индикаторов) контроля каждого основного технологического процесса обеспечивает функцию обратной связи в общем процессе организации наркологической помощи РК, и создают предпосылки для его постоянного улучшения. Соответственно, задачи по эффективному мониторингу и контролю должны быть адекватно представлены во всех уровнях основополагающих нормативных документах, регулирующих деятельность организаций и специалистов наркологического профиля.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК), как нами уже неоднократно подчеркивалось, необходимость многоуровневого и постоянного мониторинга наркологической ситуации, масштаба и эффективности противодействующих усилий (что имеет особенное значение для обсуждаемого тезиса) должна быть четко обозначена в качестве необходимого базиса для адекватного формирования современной системы наркологической помощи, отвечающей основным потребностям населения и общему контексту наркологической ситуации. Далее, должны быть прописаны: основные индикаторы, оценивающие степень эффективности достижения стратегических целей, и механизмы контроля, используемые в системе наркологической помощи. При этом акцент должен делаться не только на заключительном контроле качества (т.е. на конечных показателях соответствия профильной помощи потребностям основных групп населения) деятельности различных секторов наркологической службы, но и на предварительном (планирование), и промежуточном (ресурсное и управленческое обеспечение основных технологических процессов) контроле. Акцентированное изложение данных позиций в основополагающих нормативных документах директивного уровня будет инициировать разработку и способствовать совершенствованию технологий как внешнего, так и внутреннего аудита качества, инициировать формирование соответствующих комиссий по контролю за качеством в каждой профильной организации. Процедура внешнего аудита качества деятельности наркологических организаций в базисных приказах МЗ РК должна быть прописана более подробно, с указанием полного реестра исследуемых индикаторов и используемых оценочных критериев.

В долговременных стратегических планах наркологической организаций программы мониторинга и полноценного контроля за качеством профильной деятельности должны быть представлены в виде отдельных задач и направлений деятельности органи-

зации, выполнение которых будет способствовать успешной реализации и трех других универсальных задач в области управления качеством – адекватного планирования, эффективной структурно-технологической организации, процесса действенной мотивации персонала на достижение планируемых результатов. Каждое из поименованных направлений деятельности должно быть представлено блоками конкретных мероприятий – методологических (разработка соответствующих программ мониторинга и контроля; системы промежуточных и конечных индикаторов, оценочных критериев; положений о деятельности группы мониторинга и комиссий по контролю за качеством), организационных (формирование группы мониторинга из сотрудников организационно-методического отдела и других привлекаемых лиц, формирование комиссии по контролю за качеством, утверждение регламента и планов работы данных функциональных подразделений) и практических (по реализации соответствующих планов деятельности групп мониторинга и комиссии по контролю качества, с последующей коррекцией основных технологических процессов).

В оперативных планах наркологических организаций должны быть представлены, практически, все перечисленные мероприятия, так как программы мониторинга и контроля качества профильной деятельности – это то, с чего начинается общий процесс управления качеством.

2.6. Принцип 6: «Постоянное улучшение»

2.6.1. *Постоянное улучшение должно быть неизменной целью организации.*

Данный принцип – общий для всей организационной деятельности – имеет особую актуальность для сферы оказания наркологической помощи населению, о чем достаточно подробно говорилось в разделе 1 настоящей статьи. Приверженность идее качества и общей идеологии TQM, как основному инструменту реализации обсуждаемого принципа, также подробно обсуждалась практически по каждому тезису и поэтому здесь не рассматривается.

2.6.2. *Система менеджмента качества может обеспечить основу для постоянного улучшения и удовлетворения потребителя; успешное функционирование организации может быть результатом внедрения системы менеджмента качества, которая разработана с учетом принципа постоянного улучшения.*

По сути, данный тезис означает, что сама по себе система менеджмента качества должна быть запрограммирована на постоянное улучшение. В идеологии TQM данное положение обеспечивается, во-первых, постоянным мониторингом степени удовлетворения потребностей дифференцированных групп населения в услугах наркологического профиля. Во-вторых, возможностями процесс-ориентированного подхода, когда за счет непрерывного улучшения

ресурсных и управленческих компонентов каждого процесса и подпроцесса достигается системное повышение качества наркологической помощи. В-третьих, за счет продуманной работы по улучшению технологических образцов – эталонов основных процессов оказания профильной помощи. В-четвертых, за счет системно-организованной деятельности отраслевого наркологического кластера по оперативному масштабному внедрению инновационных технологий. Когда для каждого участника четко расписаны общие функции и конкретные процессы, обеспечивающие эффективную разработку и апробацию (профиль научных организаций наркологического кластера), обучение соответствующим технологиям (профиль образовательных организаций), масштабное внедрение инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации (профиль практических организаций). Позиционирование первых трех позиций подробно рассматривалось в п.п. 2.1.1., 2.4., 2.4.1., 2.4.4. настоящей статьи. Что касается организации и деятельности отраслевого наркологического кластера по непрерывному улучшению качества профильной помощи, то в основополагающих нормативных документах данные позиции должны быть представлены следующим образом.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегии, Законы, базисные приказы МЗ РК) общие тезисы о необходимости эффективного научно-информационного обеспечения процесса организации и оказания квалифицированной наркологической помощи должны быть представлены в законодательных и стратегических документах, касающихся: развития системы здравоохранения в целом; борьбы с наркоманией и наркобизнесом; развития медицинской науки; развития и совершенствования медицинского образования. Более детально (на уровне основных механизмов реализации) данные тезисы должны быть представлены в последних двух концептуальных документах. Главные принципы организации отраслевого научно-образовательно-практического кластера и конкретные механизмы взаимодействия основных участников по инновационному внедрению должны быть функционально понятны, адресны и потенциально воспроизводимы, как в нормативных документах следующего уровня, так и в повседневной деятельности каждого участника наркологического кластера. Наиболее подробно процесс организации и функционирования наркологического кластера должен быть представлен в базисном приказе МЗ РК «О создании отраслевого наркологического кластера» и соответствующих приложениях к данному приказу.

В нормативных документах технического уровня процессы эффективного взаимодействия профильных научных, образовательных и практических учреждений по масштабному внедрению инновационных технологий наркологической помощи долж-

ны быть подробно расписаны в рамках организационного стандарта. Соответствующий фрагмент данного стандарта, в самом простом варианте, может быть представлен утвержденным положением о взаимодействии участников отраслевого наркологического кластера, где подробно расписан данный процесс, определяется его ресурсная и управленческая обеспеченность, выводится система промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

В долгосрочных стратегических планах наркологических организаций данный тезис, как и обсуждаемый принцип в целом, должен быть представлен общей целью в области управления качеством, набором задач и соответствующими направлениями деятельности, обеспечивающими постоянное улучшение рассматриваемых характеристик наркологической помощи, а также – блоками конкретных мероприятий, основной объем которых рассматривался нами в п.п. 2.1.1., 2.4.1., 2.4.4. настоящей статьи. Что касается стратегического планирования деятельности конкретных организаций в составе отраслевого наркологического кластера, то такого рода деятельность (т.е. интенсивное взаимодействие с партнерами) также должна быть представлена отдельной задачей и блоком соответствующих мероприятий. Для учреждений практического сектора, в первую очередь, необходимо предусматривать интенсивное обучение управленческого персонала технологиями TQM в целом, и организационным технологиям деятельности в составе отраслевого наркологического кластера, в частности. Далее, необходимо определить подразделения и лица, ответственные за внедрение инновационных технологий, обеспечить первоочередное профильное обучение соответствующих специалистов. Кроме того, следует наладить систему оценки и контроля за внедрением инновационных технологий во всех сферах деятельности, и отчетности об их эффективности.

В оперативных планах наркологических организаций, помимо соответствующих целей в области управления качеством, задач и направлений деятельности, должен быть представлен тот объем мероприятий, который может быть реализован в текущем году. Однако, следует помнить, что самые главные шаги в сфере организации и подготовки персонала к инновационному внедрению должны быть сделаны в продолжение первого года организации отраслевого кластера.

2.6.3. Статистические методы могут применяться для оптимизации технологических процессов, что является основой для постоянного улучшения системы менеджмента качества.

Содержание данного тезиса акцентирует внимание на том факте, что основной технологией измерения эффективности тех или иных технологических процессов должен быть адекватный статико-математический анализ разработанной системы индикаторов, оценивающих эффективность каждой техноло-

гии. На содержании данного тезиса базируются принципы доказательной медицины, а также один из важнейших компонентов качества медицинской помощи по определению ВОЗ – научной обоснованности. Вопрос, следовательно, заключается в том, что такого рода индикаторы должны быть разработаны, отслежены, обработаны в статико-математической лаборатории, соответствующим образом интерпретированы и оформлены в виде точных рекомендаций по улучшению конкретных фрагментов технологических процессов. Что, собственно, и составляет одно из основных направлений деятельности отраслевых научных учреждений и их взаимодействия по вопросам внедрения с учреждениями практического сектора.

В основополагающих нормативных документах (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК), в связи со всем сказанным, должны быть четко прописаны вышеназванные принципы организации системы здравоохранения и, в частности, наркологической помощи - научная обоснованность и приверженность доказательной медицине. Отдельно и акцентировано должна быть прописана необходимость квалифицированного научно-информационного сопровождения всех этапов и процессов, из которых складывается современная наркологическая помощь. В частности – процессов отслеживания эффективности традиционных используемых и инновационных технологий в наркологии.

В нормативных документах технического уровня необходимо статико-математического обоснования организационных и управленческих решений, а также - соответствующей статистической отчетности наркологических учреждений о деятельности за определенные периоды времени, должны быть прописаны в системе организационных стандартов, нормативных положениях, методических письмах, инструкциях. В частности, необходимость применения технологий статико-математического анализа должна утверждаться в инструкциях: о деятельности организационно-методических отделов регионального и республиканского уровня; о деятельности групп мониторинга по отслеживанию наркологической ситуации и эффективности противодействующих усилий; о деятельности комиссий по контролю за качеством в наркологических организациях и учреждениях. В учреждениях научного профиля процедура исследования эффективности каких-либо методов лечения или иного воздействия на пациентов должна оформляться в строгом соответствии с утвержденными стандартами клинических испытаний.

В долговременных стратегических планах отдельных задач или направлений деятельности по внедрению статико-математического анализа, в силу прикладного характера и очевидной необходимости использования данной технологии, выделять не следует. В то же время в стратегическом плане обязательно должны быть прописаны мероприятия по ресур-

сному обеспечению возможностей статико-математического анализа (оснащение компьютерных рабочих мест, наличие соответствующего программного обеспечения, наличие штата статистиков, для научных учреждений – наличие статико-математической лаборатории с соответствующим штатом сотрудников и компьютерным оборудованием).

В оперативных планах наркологических организаций все вопросы по ресурсному обеспечению возможностей статико-математического анализа должны быть включены в соответствующие разделы по кадровому и материально-техническому обеспечению организации.

2.6.4. Высшее руководство должно обеспечить планирование качества, которое включало бы постоянное улучшение, обеспечить включение данной позиции в долгосрочную политику развития организации, постоянно демонстрировать свою приверженность к выполнению требований в сфере постоянного улучшения качества.

Данный тезис подчеркивает ответственность первых руководителей за планирование и реализацию процесса постоянного улучшения качества профильной деятельности организации. В связи с этим обсуждаемый тезис достаточно подробно может быть представлен лишь на уровне технических нормативных документов, поскольку в документах директивного уровня подразумевается полная ответственность руководства служб и организаций за реализацию приоритетных направлений деятельности, в том числе – в сфере обеспечения качества.

В нормативных документах технического уровня ответственность первого руководителя и его заместителя за планирование и реализацию общей стратегии (политики) в сфере повышения качества профильной деятельности должна быть прописана в соответствующих квалификационных стандартах в части должностных обязанностей. Общие и частные функции руководства наркологических учреждений по обеспечению процесса постоянного улучшения качества профильной деятельности должны быть представлены в организационном стандарте, в части нормативных документов следующего уровня (положения, инструкции, методические письма по менеджменту процессов постоянного улучшения качества в наркологических организациях).

В долгосрочных стратегических планах должен быть ясно прописан факт того, что сама по себе долгосрочная стратегия развития организации – есть зона максимальной ответственности первого руководителя и его заместителей. Данный факт закрепляется в прилагаемом перечне адресной ответственности руководства за реализацию конкретных задач и направлений профильной деятельности. Далее, в обозначенном документе должен быть выделен специальный раздел по обеспечению управления качеством профильной деятельности, прописаны все его составляющие, обозначены механизмы,

за счет которых возможна системная работа по непрерывному улучшению основных технологических процессов, реализуемых в организации. Данный раздел должен быть делегирован для исполнения первому руководителю организации и его заместителям. Среди блоков мероприятий, демонстрирующих приверженность руководства к выполнению требований в сфере постоянного улучшения качества, следует обозначить: мероприятия по личному контролю выполнения задач по данному направлению деятельности; позитивно-негативное стимулирование персонала, участвующего в реализации соответствующих мероприятий; проведение регулярных совещаний с руководителями высшего, среднего звена и трудовым коллективом в целом, с анализом деятельности по постоянному улучшению качества и демонстрацией неформальной заинтересованности первых руководителей в данном вопросе.

В оперативных планах наркологических организаций должны быть обозначены задачи и направления деятельности по реализации стратегии постоянного улучшения качества профильной деятельности. При этом, основной объем организационных мероприятий по мобилизации руководящего звена на выполнение данных задач должен быть включен в план первого года внедрения технологий TQM.

2.6.5. Организация должна определить, спланировать и внедрить действия по измерению и контролю всех данных о профильной деятельности, необходимых для обеспечения соответствия с технологическими образцами и достижения улучшения, включая данные об эффективности функционирования системы менеджмента качества.

Для того, чтобы процессы были управляемы, они должны быть измеряемы. Это относится непосредственно и к процессу управления качеством. Тема измерения и контроля подробно освещалась нами в п.п. 2.4.4., 2.5.2., 2.6.3. настоящей статьи, и поэтому здесь не рассматривается. Единственная существенная особенность, которую следует иметь в виду при выборе и реализации метода измерения эффективности собственно процессов управления качеством, заключается в следующем. Системой конечных индикаторов, свидетельствующих о росте управленческой эффективности в сфере обеспечения качества, будут являться универсальные конечные индикаторы качества, выводимые для системы наркологической помощи в целом (т.е. данные о степени удовлетворенности дифференцированных групп населения предоставляемой наркологической помощью). Система промежуточных индикаторов будет состоять из двух видов показателей – опосредованных (показатели соответствия основных технических, в том числе организационных, процессов утвержденным эталонам) и непосредственных (показатели реализации запланированных стратегических и оперативных мероприятий по разделам управления и постоянного улучшения качества). Функции комиссии по кон-

тролю качества должны включать анализ вышеназванных показателей с выводами относительно возможности улучшения соответствующих управленческих процессов.

2.6.6. *Для внедрения и улучшения процессов системы менеджмента качества организация должна быть своевременно обеспечена необходимыми ресурсами.*

Данный тезис акцентирует внимание руководства организаций на одной из трех основных групп процессов, характеризующих профессиональную деятельность - технологические, управленческие, ресурсного обеспечения. Акцент на последней группе более чем оправдан, поскольку, качественные характеристики конечных технологических процессов и подпроцессов во многом зависят от адекватной ресурсной (информационной, кадровой, материально-технической, финансово-экономической) обеспеченности всех технологических компонентов. В то же время основные функции управления в значительной степени, сводятся к выявлению (измерению) объема необходимой ресурсной обеспеченности основных технологических процессов, планированию соответствующих ресурсообеспечивающих мероприятий, их реализации и контролю. В упрощенном варианте - при наличии утвержденных организационных стандартов, которые в обязательном порядке должны содержать нормативные выкладки о необходимой ресурсной обеспеченности основных технологических процессов - этап планирования существенно сокращается и сводится к достижению соответствия с утвержденным организационным стандартом. Еще одно обстоятельство оправдывает акцентированное внимание руководства на необходимости реализации данного тезиса. Система наркологической помощи РК постоянно функционирует в условиях выраженного дефицита всех групп ресурсов, в первую очередь – финансовых и материально-технических, что автоматически приводит к информационному и кадровому дефициту. Поэтому вопросы адекватного и своевременного ресурсного обеспечения процессов оказания современной наркологической помощи в требуемом объеме и ассортименте являются наиболее сложными и трудоемкими.

В основополагающих нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) наряду с приоритетами в сфере повышения качества, должно присутствовать указание на необходимость разработки и утверждения современных организационных стандартов наркологической помощи, включая вопросы комплексного ресурсного обеспечения всех основных технологических процессов и подпроцессов. Термин «комплексное ресурсное обеспечение», в силу его неоднозначного толкования, должен быть конкретизирован на основные группы возобновляемых ресурсов – информационные (научно-информационное

обеспечение качества наркологической помощи); кадровые (квалификационное обеспечение качества наркологической помощи); материально-технические (инвентарь, оборудование, расходные материалы, медикаменты, основные средства – здания, помещения и т.д.); финансово-экономические (объемы финансирования, необходимые для реализации планируемых мероприятий, в том числе – мероприятий, направленных на повышение качества профильной деятельности). Основной акцент должен быть сделан на необходимость перспективного планирования адекватного ресурсного обеспечения процессов повышения качества современной наркологической помощи с позиций научной обоснованности и комплексной эффективности (экономической, клинической, социальной). А также – с позиций подхода, основанного на фактах (т.е., в дополнение к сказанному, учитываются и реальные возможности выделения соответствующих ресурсов). При этом, должна быть подчеркнута ведущая роль прикладной науки и научных учреждений, разрабатывающих и реализующих комплексные научно-технические программы в сфере организации наркологической помощи.

В нормативных документах технологического уровня, в связи со всем сказанным, все вопросы ресурсного обеспечения процессов повышения качества профильной деятельности наркологических организаций должны быть представлены в системе организационных стандартов, в части структурно-технологических характеристик, штатного расписания, расчетных показателей финансирования (медико-экономические стандарты наркологического профиля). Информационное (квалификационное) ресурсное обеспечение должно быть прописано в системе квалификационных стандартов для специалистов наркологического профиля, как в части собственно квалификационных требований, так и в части должностных инструкций. Что касается научно-информационного и квалификационного обеспечения основных технологических процессов, осуществляемого при взаимодействии участников наркологического кластера, то конкретные позиции по данному взаимодействию должны быть представлены в положении о деятельности отраслевого наркологического кластера. Данное положение должно предусматривать систему взаимных обязательств основных участников по внедрению инновационных технологий и повышению квалификации персонала.

В долговременных стратегических планах вопросы ресурсного обеспечения должны быть представлены, как минимум, четырьмя задачами и направлениями деятельности, соответствующими основным группам ресурсов. Что же касается разделов и блоков мероприятий, то их может быть существенно больше. Например: «приобретение оборудования», «приобретение медикаментов», «приобретение инвентаря», «обновление основных фондов» (ремонт),

«финансирование», «работа с кадрами», «инновационное внедрение», «сотрудничество в рамках отраслевого наркологического кластера» и т.д. В разделе совершенствования процессов управления качеством обсуждаемый тезис может быть включен в виде отдельной задачи по управлению ресурсами или управлению процессом ресурсной обеспеченности технологий основной профильной деятельности. В долгосрочном стратегическом плане должны быть отражены мероприятия по контролю за эффективностью данной группы управленческих процессов. При том, что отдельную задачу по внутреннему аудиту именно этой группы процессов из всех других приоритетных групп выносить не следует.

В оперативных планах наркологических организаций, помимо обозначенных в долгосрочной стратегии задач и направлений деятельности, весьма важным является достижение оптимального соотношения между планируемыми объемами финансовых средств и всех прочих групп ресурсов, поскольку последние являются зависимыми от размеров финансирования. Поэтому вопросы финансового менеджмента (т.е. вопрос оптимального инвестирования имеющихся средств в подчиненные группы ресурсов) являются приоритетными для разработчиков и исполнителей оперативных планов (обычно – первых руководителей и их заместителей по экономическим вопросам). Соответственно, в оперативных планах наркологических организаций особое внимание должно быть уделено блоку мероприятий по изысканию возможностей расширения объемов финансирования, а также – рациональному использованию имеющихся средств с приоритетами в области повышения качества.

2.6.7. Результаты анализа функционирования системы менеджмента качества должны включать рекомендуемые действия, относящиеся к улучшению актуальной сферы деятельности конкретной организации и реализации в данной организации основных технологических процессов.

Вышеприведенный тезис конкретизирует механизмы обратной связи общего процесса контроля за эффективностью системы управления качеством профильной деятельности предприятия. Т.е. речь идет о том, что заключение по внутреннему аудиту системы менеджмента качества, в том числе должно содержать раздел «рекомендации по улучшению основных процессов». В данном разделе должны быть четко обозначены мероприятия по коррекции каких-либо компонентов, либо процесса в целом, качество которого не соответствует стандартным требованиям. Подробно эта тема обсуждалась нами в п. 2.4.5. настоящей статьи. В дополнение к сказанному здесь следует отметить, что требования к оформлению внутреннего аудита качества, в частности требование о включении раздела «рекомендации по улучшению основных процессов - управленческих, ресурсообеспечивающих, технологических» в заклю-

чительную часть отчета, должны быть прописаны в положении о деятельности комиссии по контролю качества, либо в инструкции по оформлению заключения внутреннего аудита качества. В долгосрочные стратегические и оперативные планы наркологических организаций должны быть включены пункты по коррекции основных процессов в соответствии с рекомендациями комиссии по управлению качеством.

2.7. Принцип 7: «Подход к принятию решения, основанный на фактах»

2.7.1. Решения будут наиболее эффективными, если они основываются на анализе реальных данных и информации, что требует, прежде всего, измерений и сбора достоверных и точных данных с использованием специальных знаний и методов прикладной статистики.

Подробно данная тема рассматривалась в п.п. 2.4.4., 2.5.2., 2.6.3., 2.6.5. настоящей статьи. Здесь мы еще раз хотели бы подчеркнуть, что реализация обсуждаемого принципа обносится не столько к идеальной ситуации (например, условиям полной обеспеченности системы наркологической помощи всеми группами ресурсов в соответствии с идеальной моделью качества основных технологических процессов), сколько к реальному положению дел. В этом случае приходится учитывать то обстоятельство, что идеальная модель какого-либо процесса (например, пятиступенчатая модель медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ) неосуществима, прежде всего, по причинам недостаточной ресурсной обеспеченности данного процесса. И что весь объем ресурсного дефицита не может быть восполнен в течение 1-го или 2-х лет. Таким образом, в соответствующих эталонах должна быть прописана реальная технологическая модель реабилитационного процесса, обеспечивающая максимальную эффективность при имеющемся ресурсном обеспечении. Процесс постоянного улучшения качества наркологической помощи, в то же время, должен предусматривать развитие всех групп ресурсного обеспечения профильной деятельности, и, соответственно, поэтапное приближение действующего технологического стандарта к идеальному - наиболее эффективному с точки зрения клинических, социальных и экономических результатов.

Минимальный набор фактов, необходимых для принятия адекватных управленческих решений в сфере оказания наркологической помощи, следующий: 1) сведения о степени удовлетворенности открытых и скрытых потребностей дифференцированных групп населения в наркологической помощи; 2) сведения о степени удовлетворенности специалистов наркологического профиля ресурсным обеспечением производственной деятельности - информационным, материально-техническим, финансово-экономическим; 3) сведения о результатах эксперти-

зы качества основных технологических процессов и рекомендациях по их улучшению; 4) сведения о реальных возможностях бюджетного финансирования профильной деятельности и финансирования из других источников.

2.8. Принцип 8: «Взаимовыгодные отношения с партнерами»

2.8.1. Реализация вышеназванного принципа требует идентификации основных партнеров, организации четких и открытых связей и отношений, основанных на балансе долгосрочных и краткосрочных целей обеих сторон, обмена информацией и планов на будущее, совместной работы по четкому пониманию нужд потребителей, инициирования совместных разработок и улучшения продукции и процессов.

Данный тезис содержит емкий алгоритм того, как должны выстраиваться отношения с партнерскими организациями, в том числе и в сфере наркологической помощи. Следует отметить тот факт, что реализация каждого «шага» вышеприведенного алгоритма – дело, требующее предварительной аналитической работы: во-первых, по реализации процессориентированного подхода в части идентификации основных процессов и подпроцессов; во-вторых, в установлении взаимосвязи и взаимозависимости внутренних процессов (реализуемых в структуре наркологического учреждения) с внешними (реализуемых в других организациях и учреждениях); в-третьих, идентификации владельцев внешних процессов и установлении с ними всего комплекса отношений, приведенных в формулировке обсуждаемого тезиса. Следует иметь в виду, что специфика этих отношений будет, во многом, зависеть от того, в какой роли выступает организация по отношению к партнеру – поставщика или потребителя услуг. В данной связи имеются возможности идентификации партнеров – доноров по основным группам ресурсного обеспечения: партнеров в сфере научно-информационного обеспечения; партнеров в сфере квалификационного (образовательного) обеспечения; партнеров в сфере материально-технического обеспечения; партнеров в сфере финансового обеспечения. Специфика отношений наркологических организаций практического сектора с каждым из вышеназванных партнеров должна учитывать основной контекст развития современной наркологической службы – ориентацию на качество предоставляемых услуг – и развиваться в этом контексте. Так же имеются возможности идентификации партнеров – потребителей профильных услуг по основным дифференцированным группам населения: здоровое население (устойчивое к вовлечению в зависимость от ПАВ); группа повышенного риска; зависимые от ПАВ. Опосредованные отношения с данными группами населения могут быть оформлены в виде сотрудничества с организациями с наибольшей кон-

центрацией и охватом соответствующих групп населения – образовательными, воспитательными учреждениями, центрами здорового образа жизни (население, в целом); молодежными организациями, инспекциями по делам несовершеннолетних, специальными школами и детскими домами для трудно-воспитуемых детей и подростков, колониями для малолетних преступников (группы повышенного риска); токсикологическими отделениями и центрами, многопрофильными больницами, частными наркологическими кабинетами и центрами, НПО наркологического профиля и профиля профилактики ВИЧ, подразделениями МВД, специализирующимися по борьбе с наркоманией и наркобизнесом (группы зависимых от ПАВ). Общая направленность отношений с вышеназванными партнерами должна выстраиваться с учетом основной идеологии TQM – всестороннего выявления потребностей в дифференцированной наркологической помощи у различных групп населения и наиболее полного удовлетворения этих потребностей. С учетом всего сказанного, позиционирование рассматриваемого тезиса в основополагающих нормативных документах должно быть представлено следующим образом.

В нормативных документах директивного уровня (Стратегии, Законы, базисные приказы МЗ РК) должны быть обозначены основные ведомства, крупные учреждения и другие значимые агенты в сфере организованного социального противодействия процессу распространения зависимости от психоактивных веществ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, тесное взаимодействие которых будет способствовать повышению качества наркологической помощи населению РК. Наиболее важные вопросы взаимодействия профильных организаций с их основными ресурсообеспечивающими партнерами - администраторами бюджетных и иных финансовых программ - должны быть прописаны в законодательстве о системе здравоохранения. В частности, законодательно должен быть утвержден такой порядок формирования бюджетов конкретных организаций, который бы обеспечивал полное соответствие функциональных целей и задач реальным объемам финансирования, т.е. способствовал полноценной ресурсной обеспеченности основных технологических процессов и постоянному повышению их качества. В данной связи, в директивных документах особое внимание должно быть уделено необходимости разработки адекватных медико-экономических стандартов, на основе которых и могут быть сделаны соответствующие расчеты. В концептуальных документах по развитию системы здравоохранения, развитию медицинской науки в РК должны быть обозначены конкретные механизмы взаимодействия научных, образовательных учреждений и учреждений практического сектора, продекларирована приоритетная роль такого взаимодействия в процессе обеспечения высокого и постоянно растущего уровня качества медико-со-

циальной, в частности, наркологической помощи. В основополагающем стратегическом документе, обозначающем главные направления антинаркотической деятельности, должна быть подчеркнута роль адекватного научно-информационного и квалификационного (образовательного) обеспечения процессов оказания наркологической помощи населению и постоянного повышения ее качества.

В нормативных документах технического уровня (профессиональные стандарты, положения, инструкции, методические разработки) вопросы интенсивного взаимодействия наркологических учреждений внутри системы наркологической помощи, функционального взаимодействия с внешними партнерами должны быть подробно прописаны в соответствующих организационных стандартах или приказах МЗ РК с утвержденными положениями о характере такого взаимодействия, системе взаимных обязательств в духе содержания обсуждаемого тезиса (например, приказ МЗ РК об организации отраслевого наркологического кластера). Что касается партнерских отношений с различными внешними организациями, так или иначе способствующих наилучшему выполнению основных целей и задач, то они могут регулироваться двусторонними или многосторонними договорами о сотрудничестве. Однако, даже и в этом случае взаимоотношения между сторонами должны рассматриваться как важный технологический процесс взаимного использования дополнительных ресурсов, со всеми вытекающими отсюда последствиями в плане индикативного планирования, контроля эффективности и качества результатов. Отдельные аспекты данного технологического процесса, четкое выполнение которого имеет особо важное значение (например, процессы разработки, апробации профессиональных стандартов наркологической помощи в учреждениях научного профиля и широкомасштабного внедрения данных стандартов в учреждениях практического сектора), должны быть представлены в соответствующих методических рекомендациях, инструкциях, утвержденных и предназначенных для совместного использования во всех партнерских организациях.

В долговременных стратегических планах наркологических организаций обсуждаемый тезис может быть представлен в двух вариантах. В первом, достаточно традиционном варианте, развитие взаимовыгодных отношений с внешними партнерами выделяется в отдельный блок стратегического плана. В данном блоке расписывается многолетний алгоритм идентификации основных партнеров организации, установления с ними необходимых контактов и отношений, их последующего развития, структурирования и оформления как приоритетного технологического процесса. Для вышеобозначенного блока формируются отдельные цели и задачи, ориентированные, прежде всего, на выявление

и полноценное удовлетворение профессиональных потребностей в соответствующем секторе услуг (предоставление информации, профильное обучение персонала, ресурсное обеспечение и т.д.), имеющихся у каждого партнера и обеспечивающих необходимую общность интересов. По каждой задаче и звеньям общего алгоритма развития партнерских отношений с конкретными организациями разрабатываются комплексы соответствующих мероприятий, реализация которых должна быть четко расписана по времени и закреплена за ответственными исполнителями. Во втором варианте данный раздел стратегического плана может быть представлен общими тезисами и алгоритмом формирования партнерских отношений в духе идеологии TQM. В то же время детальная проработка многолетнего развития отношений с наиболее важными стратегическими партнерами должна быть представлена отдельными планами совместной деятельности, прилагаемыми к основному стратегическому плану организации. Такие планы должны разрабатываться, утверждаться руководством и, соответственно, исполняться каждой из партнерских организаций, имея статус внешнего приоритета.

В оперативных планах наркологических организаций могут быть представлены оба вышеобозначенных варианта планирования партнерских отношений, в максимально возможных на текущий год объемах. Идентификация основных партнеров и разработка стратегического планирования совместной деятельности должна быть завершена в течение первого года внедрения технологии TQM.

2.8.2. Система менеджмента качества должна иметь стимулирующие механизмы по признанию достижений и улучшений производителя и поставщика услуг; если отношения между партнерами формируются на взаимовыгодной основе, они способствуют расширению возможностей обеих организаций.

Данный тезис подчеркивает значение фактора мотивации в формировании и развитии партнерских отношений. А также того обстоятельства, что деловое партнерство – это не просто арифметическая сумма ресурсных возможностей двух и более организаций, но и возможность искомого прорыва в области качества профессиональной деятельности каждого участника и партнерской группы в целом. Что, в конечном итоге, обеспечивает гораздо более интенсивный рост дивидендов, получаемых каждым из участников организованной группы (например, отраслевого наркологического кластера) в результате совместной профессиональной деятельности. Реализация данного принципа, будучи аксиомой - истинной, не требующей доказательств - для сферы частного бизнеса, встречает существенные затруднения в социальном секторе государственных предприятий и учреждений. Каких-либо механизмов экономического стимулирования партнер-

ской деятельности, как и механизма взаиморасчетов между основными агентами наркологического кластера - научными, образовательными учреждениями и организациями практического здравоохранения, до настоящего времени не разработано и не утверждено. Соответствующие объемы финансирования в бюджетах этих организаций не предусмотрены. В данной связи необходимо, чтобы проводилась непрерывная системная работа в направлении разработки и внедрения механизмов позитивного экономического стимулирования деятельности по повышению качества продукции, в частности, по партнерскому обмену такой продукцией в социальном секторе. В противном случае любые попытки долговременного повышения качества обречены на провал в силу лишения основного мотива такого рода деятельности. Далее, крайне важно, чтобы отработанные механизмы позитивного экономического стимулирования процессов обмена качественными профессиональными услугами были представлены на всех уровнях основополагающих нормативных документов, регулирующих деятельность профильных организаций.

В нормативных документах директивного уровня (Стратегиях, Законах, базисных приказах МЗ РК) обсуждаемый тезис должен быть представлен не только на уровне общих принципов приверженности качеству, но и в виде соответствующих доктринальных походов в области функционирования механизмов позитивного экономического стимулирования высококачественной деятельности в социальном секторе. В основополагающий нормативных актах должны быть оговорены возможности проведения полномасштабного экономического эксперимента, включающего разработку и апробацию различных методов позитивного экономического стимулирования процессов обмена высококачественной технологической продукцией и услугами в рамках отраслевого наркологического кластера. Как нами уже неоднократно подчеркивалось, в основополагающий документах директивного уровня должны быть поименованы основные агенты, в чью компетенцию входит противодействие распространению зависимости от ПАВ, продекларирована необходимость развития конструктивных отношений в сферах совместной деятельности, установлены пределы компетенции каждого из партнеров и обозначен планируемый результат такого рода совместной деятельности в системе конечных индикаторов.

В нормативных документах технического уровня (профессиональных стандартах, методических руководствах, положениях, инструкциях) позитивные стимульные механизмы обеспечения эффективного партнерства должны быть представлены, в первую очередь, в системе организационного стандарта. В частности, в структуре медико-экономического стандарта, оценивающего взаимозависимость стоимос-

тных показателей от качества предоставляемых услуг, должен быть предусмотрен размер выплатного бонуса организации – партнеру по отраслевому наркологическому кластеру в том случае, если средний показатель качества предоставляемых партнерских услуг оказался выше установленного. Соответственно, должна быть четко прописана процедура оценки качества предоставляемых услуг. Технология финансовых взаиморасчетов по уровням качества оказываемых услуг в рамках отраслевого партнерства должна быть представлена в соответствующих инструкциях и положениях, утверждаемых базисным приказом МЗ РК в порядке эксперимента, либо на постоянной основе. Что же касается других возможностей стимулирования, признания достижений и улучшений в деятельности партнеров – производителей и поставщиков услуг (например, премирования, предоставления каких-либо льгот и преференций отличившимся сотрудникам партнерских организаций), то такие механизмы должны быть прописаны в соответствующих уставных документах, положениях о деятельности партнерских организаций, утверждаемых в рамках санкционированного эксперимента, либо на основе постоянно действующих директивных документов.

В долговременных стратегических планах наркологических организаций должна быть выделена отдельная задача по развитию стимулирующих механизмов процесса качественного взаимодействия основных партнеров. В рамках выполнения данной задачи должны быть предусмотрены блоки мероприятий по экспертизе качества услуг, предоставляемых партнерскими организациями; мероприятий по разработке и реализации механизмов экономического и иного позитивного стимулирования качественного взаимодействия в рамках деятельности отраслевого наркологического кластера; мероприятий по отслеживанию суммарной эффективности и роста дивидендов каждой организации в результате четкой организации совместной взаимовыгодной деятельности.

В оперативных планах наркологических организаций должна быть продублирована общая структура оформления данного раздела стратегического плана и обозначен объем мероприятий, реально выполнимых за текущий год.

3. Заключение

Представленная методология внедрения всеобщего менеджмента качества, в частности основных принципов TQM, является сводом общих требований к каждой из рассматриваемых групп документов – нормативных документов директивного уровня; нормативных документов технического уровня; долгосрочных стратегических и оперативных планов развития и деятельности организаций наркологического профиля. Выполнение данных требований будет способствовать институализации технологий

ТQM в деятельность системы наркологической помощи в РК и успешному выполнению тех сложных задач, которые стоят перед службой в настоящее время. Кроме того, использование данной методологии делает возможным оценку действующей нормативной базы на предмет того, какие из приведенных требований на сегодняшний день представлены в действующих нормативных документах. Соответственно, появляются возможности для выявле-

ния структуры институционального дефицита, препятствующего повышению качества наркологической помощи и намечены конкретные шаги по его преодолению. Таким образом, данная методология является своего рода путеводителем по улучшению нормативной базы наркологических учреждений – обязательного начального этапа общего процесса повышения качества наркологической помощи населению РК.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

АЛКОГОЛЬ И ОБРАЗ ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКА

Р. А. Абзалова, К. Г. Шарапатов

г. Астана, г. Павлодар

За последние годы проблема потребления алкоголя, как в мире в целом, так и в Казахстане в частности, приобрела значение государственной важности вследствие значительного роста числа заболеваний, связанных напрямую или косвенно с чрезмерным употреблением алкогольных напитков.

По результатам третьего национального исследования (2004 г.) уровень потребления алкоголя в Республике Казахстан лицами в возрасте 11 - 14 лет составил 9,9% и в 15 - 17 лет 21,5%. [1].

Самоотчет респондентов об их алкогольном потреблении, как правило, сильно занижаются и не отражают уровень реального потребления алкоголя. Опрос населения России о характере потребления алкоголя на больших выборках (более 10 тыс. респондентов) показал, что среднестатистическое потребление алкоголя имело разброс от 2,1 л. до 6,5 л. и эти показатели были ниже неполных данных Госкомстата РФ (8,3 л. в 2001 г.) и много ниже показателей потребления алкоголя в Европе (7 - 11 л.) и США (6,5 л.) [1]. В расчете на каждого жителя России в т.ч. детей в 2004 году выпито 58,6 л. пива, 15,7 л. водки или коньяка, 6,8 л. вина. Это легальная продаваемая продукция, с учетом теневого оборота потребление составило 19 литров чистого спирта [2].

Среди употребляющих алкоголь подростков 63% имели опыт знакомства с алкоголем в возрасте 12-15 лет [3]. По данным другого опроса учащихся школ старше 14 лет впервые попробовали алкогольные напитки в возрасте 15 лет - 25,6%, в 14 лет - 17,7%.

На дебют употребления алкоголя оказывают влияние в первую очередь друзья и подруги (30,2%), одноклассники и сверстники (14,6%), и затем - влияние семейного окружения (18,8%) [4]. Так в 81,2% случаев первое знакомство с алкоголем было связано с торжественными случаями.

Частота потребления наркотических средств и иных психоактивных веществ (ПАВ) в большей степени варьирует в зависимости от того - курят подростки или нет. Среди курящих лиц данного контингента пробовали или потребляют наркотические и иные психоактивные вещества - 43,6%, среди некурящих - 11,2% [5].

Нарастание негативных социальных явлений в обществе отражается на подрастающем поколении. В 13-14 лет интимная близость у опрошенных лиц произошла, в основном, по принуждению со стороны мужчины и у - в состоянии алкогольного опьянения [6].

К злоупотреблению спиртными напитками приводит снисходительное и подчас поощрительное от-

ношение к пьянству, дефекты семейного и школьного воспитания, стрессогенность среды обитания, низкая культура, неумение и незнание как с пользой для духовного и физического здоровья проводить досуг, недостаток в санитарно-просветительной работе и другие факторы, индуцирующие нездоровый образ жизни.

Востребованность ребенка и благосклонная обстановка в семье, наличие друзей, подруг, предоставление возможности иметь хобби, успеваемость в школе и другие аспекты влияют на развитие личности, адекватно воспринимающей окружающий мир, правильно ориентирующейся в нем, и в дальнейшем ведущей здоровый образ жизни.

Мы провели сравнительную характеристику достоверных различий образа жизни среди школьников 12 -18 лет Павлодарской области:

- первая группа - лица, имевшие опыт употребления алкоголя;

- вторая группа - лица, не употреблявшие алкоголь.

Исследование проводилось по схеме кросс - секционного исследования. Различия определялись с помощью коэффициента Стьюдента. Достоверным считались результаты P менее 0,05.

Вопрос был задан в косвенном виде: «Имел ли ты опыт употребления алкогольных напитков?». Среди опрошенных 801 подростка в возрасте от 12 до 18 лет, в первой группе - имели опыт употребления - 190 (23,7%) подростков и во второй группе - 608 (75,9%), не употребляли алкоголь, 3 человека отказались ответить.

Наше исследование подтверждает факт того, что к группе лиц, имевших опыт употребления алкоголя, относятся чаще городские школьники ($80,3 \pm 2,9\%$), чем сельские ($19,5 \pm 3,2\%$) ($P < 0,01$). Дебют употребления алкоголя чаще связан с друзьями и сверстниками. Так в $65,7 \pm 3,6\%$ случаев первое знакомство с алкоголем произошло в кругу сверстников и друзей.

Достоверно чаще школьники первой группы оценивают свой характер как пессимистический ($8,6 \pm 2,1\%$) ($P < 0,01$) и внушаемый ($10,3 \pm 2,2\%$) ($P < 0,05$).

В окружении первой группы употребляют алкоголь чаще, чем во второй, соответственно $80,5 \pm 3,1\%$ и $31,4 \pm 2\%$ ($P < 0,01$), реже считают свое питание полноценным школьники, имеющие опыт знакомства с алкоголем, соответственно - $83,8 \pm 2,9\%$ и $91,4 \pm 1,2\%$ ($P < 0,01$), каждый второй в первой группе и каждый

третий во второй не удовлетворен жилищно-бытовыми условиями (52,7±3,7% и 73,3±1,9%) (P<0,01).

Среди употреблявших алкоголь табакокурение распространено в 6 раз чаще, чем в сравниваемой группе соответственно 18,6±2,9% и 3,7±0,8% (P<0,01). Большинство в первой группе являются пассивными курильщиками (86,3±2,5) (P<0,01).

Характеризуя половое поведение следует отметить, что каждый второй, имевший опыт употребления алкоголя, считает допустимыми сексуальные отношения в своем возрасте (56,1±3,9% и 16,7±1,6%) (P<0,01) и каждый третий имеет опыт сексуальных отношений (32,9±3,8% и 11,8±1,4%) (P<0,01).

Школьники с фактором риска обсуждают интимные вопросы чаще в кругу друзей (43,4±3,6% и 24±1,8%) (P<0,01), решают свои проблемы чаще с друзьями (65,8±3,5%) (P<0,01), реже обращаются к учителям (2,2±1,1% и 7,4±1,1%) (P<0,05).

Для обеих сравниваемых групп характерна низкая физическая активность, но достоверно ниже она в первой группе, чем во второй. Так, ежедневную физическую нагрузку выполняет каждый четвертый в первой и каждый третий во второй группе (25,3±3,2% и 35,4±1,9%) (P<0,01).

Подростки, употреблявшие алкоголь, более подвержены стрессу. Так, школьники этой группы испытывают ежедневный стресс в три раза чаще (21,4±3,1%), чем подростки сравниваемой группы (7,9±1,1%) (P<0,01). В семейном окружении школьники чаще подвержены стрессу (30,2±3,8% и 19,7±2,1%) (P<0,01).

Значимая социальная задача – помочь школьнику разумно организовать свое свободное время, воспитать у него потребность в насыщенном и содержательном досуге.

По данным последних исследований, имеет место тенденция сравнивать досуг молодежи не только с рабочим временем в количественном отношении, но и вывести его по социальной значимости вперед. На вопрос «Как вы проводите свободное время?» из предложенных 12 вариантов ответов школьники с опытом употребления алкоголя достоверно чаще выбрали ответ, что проводят досуг, в основном, гуляя, общаясь с друзьями, меньше читают и заняты физическим трудом.

Школьники первой группы чаще не выполняют домашние задания, школьные задания их сильно тяготят, и как следствие, они значительно реже имеют в школе успеваемость на «отлично». Они в малой степени доверяют учителям и окружающим, чаще отмечают негативное или безразличное отношение учителей и сверстников.

В обеих группах опрашиваемые информацию о здоровом образе жизни получают в основном из средств массовой информации. Школьники с фактором риска указывают достоверно чаще, чем в сравниваемой группе, на недостаток сведений о здоровом образе жизни, получаемых как в школе, так и в семье.

По самооценке респондентов школьники с опытом употребления алкоголя реже оценивают свое здоровье на «отлично», чаще имеют хронические заболевания и реже выполняют медицинские рекомендации.

Выводы: Выявлены достоверные различия в образе жизни школьников, имевших опыт употребления алкоголя, в сравнении с подростками, не употреблявшими алкоголь в плане медицинской активности, сексуального поведения, отношения к учебе, взаимоотношений с учителями, сверстниками.

Полученные данные указывают на необходимость проведения профилактических мероприятий в группе риска на предмет потребления психоактивных веществ комплексно, включая пропаганду знаний по охране репродуктивного здоровья, профилактике стрессов, психологического консультирования.

В свою очередь, проблемы взаимоотношений в семье требует обучения родителей методам воспитания, умению находить эффективные формы общения с детьми, соответствующие уровню современной физиологической, психологической, социальной зрелости подростка.

Одной из действенных мер в вопросе сокращения потребления алкоголя среди детей и подростков является, на наш взгляд, ужесточение контроля соблюдения законодательных актов по недопущению продажи алкогольных напитков лицам, не достигшим восемнадцати лет.

Сравнительная характеристика подростков, имеющих и не имевших опыт употребления алкоголя (на примере Павлодарской области)

Наименование	1 Группа 190 имели опыт употребления алкоголя	2 Группа 608 не употребляли алкоголь	Pc
Алкоголь предлагали друг/подруга	65,7± 3,6%	16,7± 7,8%	<0,01
Окружающие друзья, знакомые употребляют алкоголь	80,5± 3,1%	31,4± 2%	<0,01
Характер пессимистический	8,6± 2,1%	2,1± 0,6%	<0,01
Характер внушаемый	10,3± 2,2%	5,5± 1%	<0,05
Питание считают полноценным	83,8± 2,9%	91,4± 1,2%	<0,01
Удовлетворены жилищно-бытовыми условиями	52,7± 3,7%	73,3± 1,9%	<0,01

Наименование	1 Группа 190 имели опыт употребления алкоголя	2 Группа 608 не употребляли алкоголь	Pc
Курят окружающие	86,3± 2,5%	55,8± 2%	<0,01
Курит	18,6± 2,9%	3,7± 0,8%	<0,01
Считают допустимыми сексуальные отношения	56,1± 3,9%	16,7± 1,6%	<0,01
Есть опыт сексуальных отношений	32,9± 3,8%	11,8± 1,4%	<0,01
Обсуждают интимные вопросы с друзьями	43,4± 3,6%	24± 1,8%	<0,01
Обращается с проблемами к учителям	2,2± 1,1%	7,4± 1,1%	<0,05
Обращается с проблемами к маме	41,8± 3,6%	56,6± 2%	<0,01
Обращается с проблемами к друзьям	65,8± 3,5%	43,3± 2%	<0,01
Ежедневно занимаются физическими упражнениями	25,3± 3,2%	35,4± 1,9%	<0,01
физическими упражнениями занимаются «иногда»	66,8± 3,4%	57,1± 2%	<0,05
Стресс испытывают каждый день	8,1± 2,1%	2,9± 0,7%	<0,01
Стресс испытывают часто	21,4± 3,1%	7,9± 1,1%	<0,01
Стресс испытывают в семье	30,2± 3,8%	19,7± 2,1%	<0,01
Досуг – читают	16,9± 2,7%	24,8± 1,8%	<0,05
Досуг - работают в саду, огороде	16,9± 2,7%	24± 1,7%	<0,05
Досуг гуляют	49,2± 3,6%	31± 1,9%	<0,01
Досуг - общаются с друзьями	51,9± 3,6%	35,2± 2%	<0,01
Домашние задания не выполняют	18,9± 2,9%	6,4± 1%	<0,01
Школьные задания сильно тяготят	6,8± 1,8%	2,3± 0,6%	<0,01
Успеваемость в школе на «отлично»	8,2± 2%	17,2± 1,6%	<0,01
Успеваемость в школе на «удовлетворительно»	39,6± 3,6%	27,4± 1,9%	<0,01
Доверяют учителям	26,3± 3,6%	46,6± 2,2%	<0,01
Не всегда доверяют окружающим	27± 3,3%	19,9± 1,6%	<0,05
К мнению взрослых прислушиваются	89,9± 2,3%	94,6± 1%	<0,05
К мнению взрослых не прислушиваются, а поступают наоборот	6,5± 1,9%	1,8± 0,6%	<0,01
Отношение с учителями хорошее	32,4± 3,6%	62,3± 2,1%	<0,01
Отношения с учителями скорее плохие, чем хорошие	6,5± 1,9%	3,1± 0,7%	<0,05
Отношения с учителями плохие	3,5± 1,4%	1,1± 0,4%	<0,05
Отношение учителей считают безразличным	13,5± 2,6%	6± 1%	<0,01
Взаимоотношения со сверстниками скорее плохие, чем хорошие	4,4± 1,5%	0,9± 0,4%	<0,01
Взаимоотношения со сверстниками плохие	3,9± 1,4%	0,9± 0,4%	<0,01
В семье не достаточно уделяется внимания вопросам здорового образа жизни	32,2± 3,5%	18,2± 1,6%	<0,01
В семье не уделяется внимания вопросам здорового образа жизни	10,2± 2,3%	3,9± 0,8%	<0,01
В школе достаточно уделяется внимания вопросам здорового образа жизни	58,1± 3,7%	72,2± 1,9%	<0,01
В школе не уделяется внимания вопросам здорового образа жизни	12,3± 2,5%	2,4± 0,6%	<0,01
Информацию о здоровье получают из телепередач	42,3± 3,6%	32,9± 1,9%	<0,05
Информацию о здоровье получают от друзей	23,8± 3,1%	13,9± 1,4%	<0,01

Наименование	1 Группа 190 имели опыт употребления алкоголя	2 Группа 608 не употребляли алкоголь	Pc
Медицинские рекомендации выполняются полностью	50± 3,7%	64,7± 2%	<0,01
Медицинские рекомендации выполняются частично	38,7± 3,6%	23,5± 1,7%	<0,01
Здоровье оценивает на «отлично»	23,8± 3,1%	37,2± 2%	<0,01
Имеют хроническое заболевание	32,7± 3,6%	19,9± 1,7%	<0,01

Литература:

1. Руководство по ФЗОЖ // 2 издание. Некоторые показатели 3-го национального исследования. - Алматы, 2004.
2. Немцов А. В., Андриенко Ю. В. Потребление алкоголя в самооценке населения России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний 2004. - № 3 (5) МЗРК Мос. Мед. академия им. Сеченова 2005 № 4.
3. Калмаханов С. Б. Подросток и его проблемы в нашем мире // Современные проблемы теоретической и клинической медицины. Сборник трудов IV Международной конференции молодых ученых медиков стран СНГ. - Алматы, 2002. - С. 46-48.
4. Турдалиева Б. С. Оценка влияния психо-социальных аспектов на уровень распространенности поведенческих факторов среди подростков 13-15 лет // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. - 2006. - № 1 (27). - С. 119-120.
5. Османов Э. М., Дутов С. Ю. Наркопатология учащейся молодежи как медико-социальная проблема // Проблемы управления здравоохранением. - Москва, 2007. - № 3 (34).
6. Леишевич И. А., Филиппова Н. Г., Соболева Н. П. Проблемы профилактики заболеваемости сифилисом у детей и подростков и пути их решения // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н. А. Семашко. - Москва, 1998. - Выпуск 1.

О ТЕХНИКАХ НЕЙРО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ В ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Б. А. Азанова, Б. У. Шынтаева, А. К. Калиева

г. Павлодар

Наши убеждения - очень мощная сила, которая определяет нашу жизнь. Опыт многих поколений доказывает: если кто-то убежден, что сумеет, сделает, одолеет - у него обязательно получится. И наоборот. Большинство людей признают, что их убеждения могут прямо или косвенно влиять на их здоровье. Люди, профессионально связанные с охраной здоровья, подтверждают: для выздоровления пациента нужно, чтобы он по-настоящему этого хотел.

Можно ли изменять убеждения - отвергать старые и принимать новые? Как это сделать? Нейро-лингвистическое программирование вооружило нас эффективными техниками, которые позволяют понимать скрытые механизмы действия убеждений и их систем, а затем изменять - с пользой для себя и окружающих.

Мозг, как, в сущности, и любая биологическая и социальная система, имеет многоуровневую организацию и несколько уровней обработки информации, в результате которых мы способны выходить на

различные уровни мышления и бытия. Стараясь создать модель для понимания деятельности мозга или изменения поведения, мы обращаемся к этим различным уровням - как если бы мы хотели разобраться в структуре какой-либо отдельной системы, в которой существуют различные уровни организации.

С психологической точки зрения, можно говорить о пяти основных уровнях.

1. Базовым уровнем является наше *внешнее окружение*, наши *внешние сдерживающие факторы*.

2. Мы взаимодействуем с внешним окружением с помощью нашего *поведения*.

3. Наше поведение направляется нашей моделью мира и нашими стратегиями, которые определяют наши *способности*.

4. Эти способности организуются посредством *систем убеждений*, непосредственно являющихся предметом данного исследования.

5. Сами убеждения организуются через *идентичность (identity)*.

Допустим, что ребенок испытывает трудности во время экзамена. Учитель может сказать ему: “Ты совсем не виноват. Наверное, шум в классе или что-то еще отвлекло тебя во время сдачи экзамена”.

Другими словами, вся проблема во внешнем окружении и к тебе лично не имеет никакого отношения. Разумеется, что при такой постановке вопроса вклад самого ученика минимален.

Фокусируясь на поведении, учитель может сказать: “Ты плохо себя проявил на этом экзамене”. В этом случае ученик становится ответственным за результат процесса.

Опираясь на уровне способностей, учитель может сказать: “Этот предмет дается тебе плохо, твои математические способности (способности к языку, литературе, истории и т.д.) недостаточно хорошо развиты”. Это более широкое значение конкретного провала на экзамене.

На уровне ценностей учитель может сказать: “Ну что ж, в общем-то, это не так уж важно. Главное, что тебе нравится учиться”. Учитель подкрепляет убеждение в том, что получать хорошие оценки не так уж важно, главное, чтобы нравилось учиться. В данном случае мы перескакиваем на уровень убеждений. Это уже выходит за рамки отдельного предмета и относится к процессу обучения в целом.

На уровне идентичности учитель может сказать: “И никуда ты же ученик, однако”; или “Ты не способен к обучению”; или “Да, ты не Лобачевский”. Это затрагивает все существо ребенка.

Уровень идентичности отличается от уровня способностей. Одно дело считать себя неспособным к какому-то одному предмету и совсем другое - полным тупицей.

Данные примеры наглядно демонстрируют, какого рода воздействие способны оказывать сообщения, высказанные на различных уровнях. Большая разница между тем, когда человек говорит: “Если я пью, то не способен себя контролировать” и заявлением: “Я горький пьяница и таким навек останусь”.

Если я принимаю нечто как часть моей идентичности, то это нечто начинает оказывать на меня глубочайшее влияние. Помимо всего прочего, убеждения интересны и тем, что в силу своего нахождения на ином уровне, чем поведение или способности, не изменяются в соответствии с теми же самыми правилами.

Если у человека есть какое-либо убеждение, то доказательства, полученные от внешнего окружения или поведения, не смогут изменить это убеждение, поскольку оно не касается действительности. Убеждения заменяют вам знание реальности и касаются тех вещей, которые невозможно наблюдать в действительности. Тот, кто неизлечимо болен, не знает, пойдет ли он на поправку или нет: в нынешней действительности не существует ничего, что могло бы указать ему на это. Он должен верить, что выздоровеет именно потому, что никто не знает, какова реальность.

Другой пример - идея существования Бога. Нет ни одного способа окончательно доказать или опровергнуть ее. Это вопрос личных убеждений (“веры”) или истолкования определенных фактов, а любые факты, как известно, могут по-разному истолковываться в различных системах убеждений.

Существует много неизлечимо больных людей - жертв рака или СПИДа. Многие уже считали себя почти на том свете. Зачем же о чем-то беспокоиться, что-то делать, если осталось уже недолго? Даже если обследование давало положительный результат, они были убеждены, что это лишь временное улучшение. Они не хотят заниматься самообманом, они точно знают, что скоро умрут. Спорить с ними бесполезно, поскольку любой аргумент они истолковывают с позиций своей убежденности.

И одновременно существует масса примеров того, как позитивный взгляд на вещи и позитивные убеждения могут привести к выздоровлению даже при самых опасных болезнях. Но как убедить человека, считающего себя кандидатом на тот свет, что он еще вполне может жить и здравствовать? Уверен, что в споре с ним вы ничего не докажете. Почти каждый когда-то мог убедиться на собственном опыте, что попытки изменить чьи-либо убеждения, как правило, заканчиваются пустой тратой времени.

Таким образом, убеждения действуют на ином уровне, чем внешняя и поведенческая действительность и не изменяются под воздействием тех же самых процессов. В компании изменение корпоративных ценностей и проводимой политики требует особого подхода и не происходит механически одновременно с заменой оборудования.

Для того, чтобы лучше понять роль убеждений и влияющих на них процессов, я позволю себе сделать обзор нескольких исследований функционирования убеждений в области поведенческих изменений.

В истории медицины существует один весьма наглядный пример силы убеждения - безвредные лекарства, выписываемые для успокоения пациента, так называемое *плацебо*.

Эффект плацебо имеет место в тех случаях, когда пациенту, уверенному в том, что ему назначают нужное лекарство, выписывается совершенно безобидное средство, и он, тем не менее, выздоравливает. Будет весьма любопытно рассмотреть этот феномен подробнее. Эффекту плацебо посвящено множество исследований, поскольку в Соединенных Штатах каждое новое лекарство опробуется на фоне плацебо. И как показывают эти исследования, примерно в одном случае из трех плацебо оказывает то же действие, что и настоящее лекарство. Но это в среднем. В некоторых исследованиях отмечается, что плацебо действует так же хорошо, как и морфий *примерно в 54% случаев*.

Было проведено даже «обратное» исследование, в котором люди, отзывчивые на плацебо и не относящиеся к таковым, получали настоящее лекарство.

Им давали обезболивающие средства типа морфия и, как выяснилось, чутким к плацебо людям он помогал в 95%, а всем остальным - только в 46% случаев. Разница составила примерно 50%, и это убедительно свидетельствует, что даже для настоящего лекарства в ряде случаев необходима убежденность в их действенности. Плацебо оказались действенными и при лечении раковых заболеваний. В одном исследовании пациентов подвергали “плацебохимиотерапии”, в результате чего около трети из них полностью облысели.

Эффект плацебо наглядно демонстрирует роль и скрытую силу убеждения. Убеждения неотделимы от будущего. *Функция убеждения связана с активацией способностей и поступков.* Человеческие существа обладают целым рядом способностей, позволяющих им влиять на глубинные биологические процессы, которыми мы никогда не пользуемся, поскольку не верим, что это нам под силу.

До того, как была открыта биологическая обратная связь, никто не мог поверить, что мы можем влиять на частоту сердцебиений или на кровяное давление. Сейчас же мы начинаем верить, что человек может развить у себя эти способности. И раз люди начинают верить в то, что способны влиять на раковые заболевания или иммунную систему, они непременно начнут заниматься развитием этих способностей, используя в этих целях процесс проб и ошибок.

Но каким же образом вы представляете результат на уровне идентичности? Я могу вдруг обнаружить, что это не поведенческая “цель”.

Личность не основывается на какой-либо особой цели или на каком-либо конкретном результате.

На уровне идентичности вы обладаете чем-то, что можно назвать миссией, а не каким-либо особым результатом. И очень часто тот, кто работает с вопросом идентичности, не сможет указать какой-либо особой цели, поскольку она к этому вопросу никакого отношения не имеет. Миссия может заключать в себе множество целей. И в отношении вашего конкретного вопроса, *никакой особой картины может не быть. Это главным образом направление.*

Но как бы то ни было, это гораздо более мощный уровень нашей деятельности. Иногда в группах, проводимых в программах медико-социальной реабилитации, возникают споры относительно ее целей, при этом участники спора не отдают себе отчета, что вопрос заключается вовсе не в этом. Если у группы нет миссии, легко возникают споры о целях. *Цели возникают из миссии.*

Миссия является совершенно иным уровнем процесса. Она в большей степени касается ценностей и критериев, чем каких-либо практических и конкретных результатов. И если конкретная цель вступает в противоречие с миссией, как вы думаете, что придется отбросить?

Я изменяю или воздействую на свое внешнее окружение через свое поведение. *Чтобы изменить свое поведение, я должен перейти на вышестоящий уровень - на уровень способностей.* Я не могу ни по-настоящему понять, ни изменить свое поведение, пока не окажусь над ним.

Уровень поведения является как бы кукловодом, управляющим марионеткой.

Для того чтобы изменить какую-либо способность, участники группы должны быть на один уровень выше ее - на уровне убеждений.

А для того чтобы изменить убеждение, выйти за пределы своих убеждений, получив возможность по-настоящему хорошо их увидеть и изменить, участники группы должны действовать с позиций идентичности.

Поэтому вопрос состоит в следующем: если мы начинаем изменять идентичность, свою миссию и при этом должны находиться на следующем от нее уровне, что это будет за уровень?

Это не идентичность. Это уже не относится к нашему “эго”, это шире, чем наша миссия, это уже подразумевает, что мы являемся членами более широкой системы. Когда мы пытаемся определить свою миссию, или когда больше не уверены, чем на самом деле являемся, следует задать вопросы, относящиеся к данному “духовному” уровню. Это тот вопрос, на который каждый должен ответить сам, чтобы справиться с проблемой миссии.

Не думаю, что у человека, страдающего неизлечимым недугом, есть какая-либо возможность осуществить требуемые ему перемены до тех пор, пока он не сумеет перенестись на этот уровень, чтобы обрести смысл жизни и стремление жить. Представляется весьма интересным совпадением, что в медицине исчезновение проявлений угрожающего заболевания называется “ремиссией”.

Если идентичность подразумевает миссию, то духовность, на мой взгляд, - нечто вроде “транс-миссии” (в обоих значениях данного термина, то есть и то, что передается и получается обратно, и то, что проходит сквозь множество миссий).

Некоторые способны воздействовать на мир только благодаря идентичности, то есть за счет того, кем они номинально являются. По-настоящему же выдающимися личностями являются те, кто воздействует не только на внешнее окружение и повседневные поступки, способности, знания или образ мышления, на наши убеждения или на нас как личность, *но также и на наш духовный уровень.* Чем большее число уровней подвержено влиянию, тем сильнее общее воздействие.

Когда мы занимаемся вопросами изменения отдельной личности, организации или семьи, то иногда проблема заключается в поведении, иногда - в убеждении, а иногда она пересекает сразу несколько этих уровней.

Если взять прошлое, настоящее и будущее, то слева находится воображаемое прошлое, справа -

будущее, то есть то, куда бы вам хотелось направить-ся, а слева то, что уже произошло. Вы находитесь здесь - в настоящем, и здесь же у вас имеется это нечто, что “высасывает” часть вашей идентичности.

Если вас попросить чуть позже встать на эту воображаемую линию, обратившись лицом в будущее, а, кроме того, чтобы вы *наложили осознание этого “высасывания” из вас, на этот “пистолет”*. После этого начните двигаться вдоль линии в обратном направлении.

И сознательно или нет, отмечайте про себя, какие события в вашей жизни ассоциируются с этим ощущением. Мы бы хотели, чтобы, двигаясь в обратном течении жизни направлении, вы обнаружили события или группы событий, когда впервые началось это “высасывание”. И когда вы наступите на эту линию, хотелось бы, чтобы вы полностью ассоциировались со своим опытом.

Другими словами, имеются два основных вида восприятия времени: *сквозь время и во времени*. *Сквозь время* - это когда вы смотрите на свою жизнь со стороны диссоциированно. Можно *находиться снаружи и смотреть на события прошлого, на будущее, или войти во время и заново пережить какой-либо конкретный опыт*.

НЛП сосредоточивает свои усилия на выявлении, использовании и изменении в умственных процессах и физиологии людей отдельных стереотипов, влияющих на их поступки, и на поиск путей улучшения эффективности и качества их жизни и деятельности. Основное положение НЛП состоит в том, что человеческий мозг функционирует аналогично компь-

ютеру: путём выполнения “программ” или мыслительных стратегий, состоящих из строгой последовательности указаний или внутренних репрезентаций. Отдельные программы или стратегии лучше других подходят для выполнения некоторых задач, и именно тем, какую стратегию индивид применяет, и определяется в огромной степени, будет ли его жизнь и деятельность чем-то выдающимся или вполне заурядным.

Эффективность и способность выполнить конкретную мыслительную программу в значительной степени определяются физиологическим состоянием индивида. Совершенно очевидно, что если в компьютере имеются неполадки, он не сможет выполнить программу. То же справедливо для человеческого мозга. Насколько человек бодр, сосредоточен, каков его уровень стресса, - всё это будет определять эффективность выполнения его ментальных программ. Частота сердцебиения и дыхания, поза, кровяное давление, мышечное напряжение, реакция и гальваническая реакция кожи (galvanic skin response) - вот примеры физических параметров, вызывающих и сопровождающих изменения в общем физиологическом состоянии. В НЛП эти параметры находят применение для определения и моделирования наиболее совершенных физиологических состояний индивидов, которые благодаря тренингу могут затем произвольно вызываться и использоваться в случае необходимости.

Таким образом, внутреннее состояние человека оказывает большое влияние на его способность успешно действовать в любой обстановке.

Литература:

1. Aristotle, *Britannica Great Books, Encyclopedia Britannica Inc., Chicago Ill., 1979.*
2. *Applications of Neuro-Linguistic Programming, Dilts, R., Meta Publications, Capitola, Ca., 1983.*
3. *The Art of Walt Disney ; Finch, C.; Harry N. Abrahams Inc., New York, NY, 1983*
4. *Beethoven: Letters, Journals and Conversations; Hamburger, M.; Pantheon Books, 1952*
5. *Beliefs: Pathways to Health & Well Being, Dilts, R., Hallbom, T. & Smith, S., Metamorphous Press, Portland, OR, 1990 p.p. 193-196.*
6. *Change Your Mind, Andreas, S., Andreas, C., Real People Press, Moab, Utah, 1987.*
7. *Changing Beliefs with NLP, Dilts, R., Meta Publications, Capitola, California, 1990.*

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О. Г. Юсупов, Ж. К. Мусабекова

г. Павлодар

На современном этапе развития общества проблема наркотической зависимости достигла глобальных масштабов и имеет многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты (Габиани А. А., 1987, 1990;

Бабаян Э. А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г. Г., 1993; Врублевский А. Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И. Н., 1994, 1995; Корчагина Г. А., Никифоров И. А., 1994; Боголюбова Т. А., 1995; Рохлина М. Л. и соавт., 2001; Gossop M., 1984; Grant B. F., 1995; Kendler K. et al., 1997).

Особенностью зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в наше время является изменение основных мотивов потребления наркотиков и динамика процесса (Иванец Н. Н. и соавт., 1997 - 2000). Общим мотивом для всех поражаемых групп стало изменение настроения (поиск эйфории) и сознания (уход от реальности). Именно это является главным в процессе приобщения к потреблению наркотиков (Курек Н. С., 1996). С 60-х годов прошлого века резко изменились причины и динамика наркотизации в обществе. Происходит своеобразная смена «эпидемий» - переход от традиционного потребления к так называемой молодежной культуре потребления (Романова О. Л., 1993, Романова О. Л., Швецова О. В., 1993). В 60 - 70-е годы XX века вместо волнообразности процесса, связанного с политическими молодежными движениями, такими как хиппи и другие, наблюдается рост потребления наркотиков вне связи с «модой» и политикой (Коэн Г. и соавт., 2000, Lowinson J., Ruiz P., 1992). На основании проведенного анализа И.Н. Пятницкая (1995) делает основной вывод: «Тенденции наркотизма настолько серьезны и угрожающи обществу, что это явление требует к себе не просто внимания, но чрезвычайных социальных мер». Эту мысль разделяют М. Г. Цетлин и В. Е. Пелипас, заявляя, что наркомания стала «одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира (Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000).

Эпидемиологические исследования в различных странах мира показали, что распространение наркомании происходит, прежде всего, за счет лиц подростково-юношеского возраста (Baselga E., 1972; Fejer D., Smart R. G., 1973; Bernstein K., 1982; Kandel D. V., 1983; Jensen B. V., 1993). В этой связи изучение системы отношений к наркотическим веществам среди данной возрастной группы населения является неотъемлемой частью любых профилактических программ, направленных на сдерживание роста распространения потребления психоактивных веществ, а также является необходимым фрагментом при планировании и внедрении программ первичной профилактики в РФ (Арефьев А. Л., 2002.) К примеру, И. В. Линский, Э. Б. Первомайский, Т. В. Савкина (Линский И. В., Первомайский Э. Б., Савкина Т. В., 2001) сообщают в своем исследовании, что среди учащихся 9 классов средней школы наблюдается экстремально высокий фоновый «уровень наркотической готовности». Вместе с тем, именно этот контингент школьников оказался наиболее чувствительным к воздействию профилактической программы. В тоже время учащиеся 8 классов, со средними среди всех изученных возрастных групп показателями «уровня наркотической готовности», оказались наименее чувствительными к профилактическому воздействию использованной программы.

Вовлеченность в употребление наркотиков имеет как волнообразные колебания во времени, так и региональные различия (Е. С. Скворцова и др., 2000). Данные о распространенности употребления наркотиков зависят и от опрашиваемого контингента (Койкова И. А., Колесников В. В., Кошкина Е. А., 2000). Так в одном из исследований был определен низкий уровень выявленного потребления наркотиков старшеклассниками (5,2% - 5,5%) в г. Ашхабаде (Республика Туркмения) и Казахстане, странах с традиционным потреблением наркотических веществ (Левин Б. М., Левин М. Б., 1991; Н. Б. Керими, А. А. Непесова, В. А. Мухамедов, 1993), в то время как в большинстве регионов России массовое анкетирование, проведенное в те же годы, показало (Скворцова Е. С., 1992, 1994; Голубенко И. А., Дунаев А. Г., Кабатченко О. А., 1994) более высокий уровень вовлеченности подростков в употребление наркотических и токсических веществ: число «пробователей» составило от 9,3% до 25% среди мальчиков и от 1,3% до 14% среди девочек. Следовательно, проведение подобных исследований является всегда актуальным и должно реализовываться периодически с целью своевременной коррекции существующих баз данных, профилактических программ и для создания новых программ.

Выше уже подчеркивалось, что проблема аддиктивного поведения по своей природе является комплексной и включает в себя несколько аспектов: медицинский, психологический, юридический, социальный. Социальную наркологию, не умаляя значение остальных аспектов, интересует именно социальный аспект этой проблемы. Социологическое изучение наркомании позволяет раскрыть латентные социальные механизмы, лежащие в ее основании. В. А. Соболев, А. А. Сердюк определяют следующие возможности социологического подхода к исследованию наркомании:

- ∞ выявить социокультурный механизм приобщения человека к наркотикам;
- ∞ определить социокультурные факторы, способствующие и препятствующие возникновению и развитию наркотической зависимости;
- ∞ выявить основные тенденции развития наркомании как особой, главным образом, молодежной субкультуры;
- ∞ выяснить отношение различных групп населения и социальных институтов к проблеме наркомании, а в особенности - к проблеме потребления наркотиков;
- ∞ проанализировать мотивы потребления наркотиков среди различных групп населения.

Большинство социологических исследований было осуществлено западными учеными, проблема наркомании анализировалась в рамках различных теорий девиантного поведения, таких как теория социальной дезорганизации (У. Гроувс, Г. МакКей, У. Уилсон, К. Шо); теория дифференциальной ассо-

циации (Р. Айкерс, Б. Гласснер, Б. Джонсон, Дж. Лафлин, Д. Матца, Э. Сазерленд, Г. Сайкс, В. Шо); теория социального контроля (Дж. Белски, У. Бронфенбреннер, Т. Хирши); теория напряжения (Р. Агню, Р. Клоуард, А. Коэн, Р. Мертон, Л. Оулин); теория ярлыков (Дж. Ковингтон, Г. Беккер, Э. Лемерт, Дж. Мейнтц, Дж. Уильямс, Р. Ферст); марксистских теорий девиации (Д. Гордон, К. Мейер, Р. Миллер, Дж. Рейман, Дж. Янг). Кроме того, наркомания рассматривалась в конструктивистской теории социальных проблем. Ученые этого направления исследовали историю криминализации различных психоактивных веществ и генеалогию понятий, выработанных в медицинском и юридическом дискурсах наркотизма, а также анализировали общественные моральные паники вокруг наркотиков (Н. Бен-Йехуда, П. Конрад, Э. Гуд, Г. Хардинг, Г. Левин, Дж. Оркатт, К. Рейнарман, Дж. Шнайдер, Дж. Тернер). Подобный плюрализм подходов в исследованиях наркотизма позволил получить громадное разнообразие эмпирических данных по множеству параметров этого феномена и осмыслить ряд социальных последствий употребления наркотиков – задача невыполнимая в рамках одной теории.

Большую роль в понимании наркомании, как социального феномена, в странах бывшего СССР сыграли исследования ученых-социологов, проведенные во времена перестройки и первые послеперестроечные годы, – В. Афанасьева, Я. Гилинского, Б. Левина, М. Левина, В. Лисовского, М. Поздняковой, М. Русаковой, Г. Саганенко, Г. Силласте, В. Чудновского и других. Результаты этих исследований дали обширную информацию о факторах и механизмах приобщения к наркотикам, о ценностных установках, способствующих началу наркотизации, о связи наркомании с другими формами девиантного поведения.

Анализ проводимых исследований отношения к психоактивным веществам среди населения включает в себя следующие сферы:

- знание о психоактивных веществах в целом (название, происхождение);
- знание об эффектах данных веществ (принадлежность к психоактивным веществам);
- опыт потребления и мотивы употребления, место и роль психоактивных веществ в жизни человека;
- источник получения информации о психоактивных веществах;
- традиции и мифы;
- проблемы, связанные с алкоголем и наркотиками;
- государство и наркотики;
- проблемы в жизни респондента.

Далее мы остановимся на наиболее значимых сферах и подробно рассмотрим каждую из них.

Демографические аспекты

В данном разделе важными критериями являются пол, возраст, этничность или национальность.

Особо важную часть исследования составляет выделение не только по критерию «младший и старший школьный возраст», а именно установление строгих возрастных границ. Ведь в период бурной гормональной перестройки организма ребенка, каждый год жизни знаменуется присущими только ему характеристиками. Из этого следует вывод, что необходимо разрабатывать программы первичной профилактики отдельно для каждого возраста с учетом психофизических особенностей возраста. Кульминация полового созревания часто сопровождается напряженным желанием самоутвердиться, причем не всегда адекватными способами, усилением «реакции эмансипации» по отношению к родителям. На этом фоне обостряется недоверие к информации, исходящей от взрослых вообще (Леонова Л. Г., Бочкарева Н. Л., 1998; Надеждин А. В., Иванов А. И. и др., 1998). В Санкт-Петербурге в Центре профилактики наркомании среди молодежи в 1997 г. были проведены исследования в школах и колледжах, показавшие, как в разных возрастных группах происходят накопление знаний о наркотиках и формирование отношения к ним. Детей в возрасте 10 - 12 лет интересует все, что связано с наркотиками - их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления в данной возрастной группе если и слышали, то всерьез не воспринимают; знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов. С. В. Березин, К. С. Лисецкий, И. А. Мотынга (1997) полагают, что критический возраст для появления влечения к наркотикам - 10 лет. В это время на физическое развитие детей расходуются меньшая часть энергии, что позволяет реализовать растущую потребность в познании и осмыслении окружающего мира.

У подростков 12 - 14 лет основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков - марихуана за наркотик не признается, о существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие - из любопытства, знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают много - из опыта знакомых или по рассказам кого-то, многие сведения недостоверны, соответственно опасность злоупотребления сильно недооценивается.

В группе 14 - 16 лет по отношению к наркотикам формируются три подгруппы. «Употребляющие и сочувствующие» - интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление наркотиков считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров. «Радикальные противники» - «сам никогда не буду и не дам гибнуть другу». Многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности. И группа, не определившая своего отношения к наркотикам, значительная ее часть может начать употребление под влиянием друзей.

В возрасте 16-18 лет группы сохраняются, но число не определившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках: они детализируются и становятся более объективными.

Половые различия также имеют большое значение при оценке ситуации и изучении отношения к ПАВ. Так Н. М. Глаздовский (1989) утверждает, что девочки приобщаются к алкоголю позднее, чем мальчики. Е. А. Кошкина и др. (1994) при обследовании учащихся старших классов и студентов СУЗов выявили, что употребляют спиртные напитки 80,75% мальчиков и 71,6% девочек, при этом группа риска составила соответственно 33,3% и 12,4%. Б. М. Гузиков и А. А. Мейроян (1988) на основании анализа более 30 работ отечественных и зарубежных авторов делают вывод о том, что в детско-подростковом возрасте алкоголизация более характерна для мужчин, чем для женщин. Тот же самый вывод и справедлив для процесса приобщения к наркотическим веществам.

Возраст первого опьянения и его эффект

Поводы первого приобщения, в частности, к алкоголю очень разнообразны. Но прослеживается их характерная эволюция в зависимости от возраста. До 11 лет первое знакомство с алкоголем происходит либо случайно, либо его «дают» для аппетита, «лечат вином» или же ребенок сам из любопытства пробует спиртное (мотив, присущий, главным образом, мальчикам). В более старшем возрасте мотивами первого употребления алкоголя становятся традиционные поводы: «праздники», «семейное торжество», «день рождения», «гости» и т.д. С 14 - 15 лет появляются такие поводы, как «неудобно было отставать от ребят», «друзья заставили».

Из опрошенных Т. М. Богомоловой (1928) 605 школьников 6-16 лет во время употребления спиртных напитков у 41,1% отмечались неприятные и тяжелые соматопсихические ощущения, у 35,6% - безразличное состояние, у 23% - приятное состояние. По данным Михайлова (1930), после выпивки головная боль отмечалась у 61,2%, тошнота - у 8,4%, рвота - у 14,8%, подавленное состояние - у 3,6%, слабость - у 12,4% опрошенных. На вопрос о самочувствии в опьянении И. Канкаровичем (1930) были получены у школьников следующие ответы: подъем настроения - 47,8%, безразличное настроение - 18,4%, упадок настроения - 6,1%, физическое недомогание - 27,6%. По данным В. Ф. Матвеева с соавторами (1979), при первых употреблениях алкоголя 53% подростков испытывали отвращение, 33% - безразличие и лишь 24%, по их словам, получали удовольствие. По наблюдениям ученых, как уже отмечалось, первая алкоголизация почти всегда воспринимается субъективно неприятно.

Со временем, с увеличением «стажа» употребления алкоголя, субъективная картина, однако, рази-

тельно меняется. Более 90% опрошенных исследователями подростков с двухгодичным и большим «стажем» употребления считали, что опьянение сопровождается у них ощущением прилива сил, чувством довольства, комфорта, повышением настроения, т.е. в высказываниях начинают появляться те атрибуты психического состояния, которое обыденное сознание часто приписывает действию алкоголя.

В литературе вполне обосновано подразделяются такие понятия, как первая проба психоактивного вещества, первое опьянение и начало регулярного употребления. Известно, что первая проба, например, когда речь идет об алкоголе или о гашише не всегда приводит к опьянению. Она может быть случайной и не сыграет существенной роли в последующем отношении ребенка к потреблению ПАВ. Известно, что прогностически неблагоприятным признаком в отношении развития зависимости является субъективная приятность первого употребления ПАВ (Матвеев В. Ф., 1987; Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M., 2000). Среди молодых женщин, страдающих алкоголизмом, эйфорию при первом употреблении испытали 82%. К тем же выводам пришел и В. Ю. Завьялов (1988), выявивший также, что сохранение воспоминаний о первой выпивке находится в обратной зависимости от степени вовлеченности в употребление алкоголя: воспоминания сохранились у 90% подростков без алкогольных проблем, у 80% подростков, злоупотребляющих алкоголем, и у 62% больных алкоголизмом. Последние две группы чаще помнили первую передозировку или другой яркий случай (чаще всего с приятной эмоциональной окраской), тогда как воспоминания первой группы казались действительно первого случая.

Аналогичная картина отмечается и при употреблении наркотиков. Первое употребление в 40% вызвало приятные ощущения у больных наркоманией, чего не было в группе эпизодически употребляющих: у 57% - состояние не изменилось и у 40% - отмечались неприятные ощущения (Иванова Т. В., 1991). По данным У. А. Абшаиховой (1992) эйфория при первой пробе отмечалась у 26% юношей, употребляющих гашиш, с зависимостью и без нее. Приобщение к нарко-токсическим веществам, по сравнению с алкоголем, происходит, как правило, в несколько более позднем возрасте (в 11 - 14 лет - к токсическим и в 15 - 16 лет - к наркотическим) и в компании сверстников (Иванова Т. В., 1991; Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1998; Оруджев Н. Я., Жигунова О. А., 1999; Коновалов С. Г., Кошкина Е. А., Вышинский К. В., 2000; Н. Н. Иванец и М. А. Винникова, 2000). При этом девочки втягиваются в употребление наркотиков чаще в компании мальчиков, чем подруг (Найденев В. О., 1992). По данным Б. М. Левина и М. Б. Левина (1991) начало употребления наркотиков происходило:

- в 12 лет и раньше - у 5,6%;
- в 13 - 14 лет - у 15,2%;

- в 15 - 16 лет - у 31,6%;
- в 17 - 18 лет - у 20,3%.

Первым наркотиком были анаша и гашиш у 97,1%, а к моменту опроса они были основным ПАВ у 39,3%. Первый раз наркотик предложили:

- друг, товарищ - 33,7%;
- одноклассники - 7,5%;
- случайный знакомый - 11,9%.

Родственники были инициаторами очень редко. Многие из наркоманов сами соблазнили «новеньких», но признались в этом лишь 7,9% опрошенных, а 44,6% не ответили на вопрос. В дальнейшем источником наркотиков являются знакомые (27,1%), а 23,6% изготавливают их сами. По данным Г. М. Энтина, Н. Р. Динеевой и др. (1995) нарастание и утяжеление наркотизации происходит до 17-летнего возраста, а с 18 лет число потребителей снижается.

Источники информации

Проведенные опросы выявляют следующие источники информации:

- художественные и документальные фильмы;
- телепередачи;
- книги и брошюры;
- газетные и журнальные статьи;
- беседы с взрослыми (родителями, учителями, врачами – наркологами);
- рассказы старших ребят и сверстников.

Разные источники оказывают на подростков неоднозначное влияние. Оказалось, что школьники 10 - 12 лет, например, под влиянием увиденных фильмов начинают играть в «наркоманов», а у подростков 13 - 17 лет складываются ложные представления о престижности наркомании. По данным опросов, интерес к проблеме может активизироваться и после чтения сенсационных статей в печати. Часто профилактическая работа взрослых, не являющихся специалистами, строится на утрированных оценках, чрезмерном морализировании и запугивании и далеко не всегда эффективна. Параллельно идет другая «работа»: школьники обсуждают проблемы в своем кругу, где есть «знатоки».

Расхождение сведений, распространяемых взрослыми и подростками, усиливает интерес ребят к проблеме. Несмотря на обилие источников информации и разнообразие содержащихся в них сведений, школьники не умеют отличать достоверные факты от вымышленных фактов. Это порождает много путаницы. Так, учащиеся 12 - 13 лет придерживаются мнения, что наркомания и токсикомания - одно и то же. Среди 14 - 15-летних подростков распространено мнение о том, что токсикомания представляет собой наркоманию в «легкой форме». Подобные заблуждения характерны и для школьников 16 - 17 лет. Именно такие заблуждения создают предпосылки для некритичного отношения к токсикоманическим веществам, которые даже при однократном применении могут вызвать катастрофическое поражение головного мозга.

Мотивация приобщения к ПАВ

А. Е. Личко, В. С. Битенский (1991) указывают на необходимость разграничения понятий: мотивации (как стимула к деятельности, определяемой потребностями) и мотивировки (субъективного объяснения своих поступков). Иногда с мотивацией смешивают объективно действующие факторы среды. Подобные факты можно отметить в работах В. В. Бойко (1998), Л. П. Наймушиной (1999) и др. Следует различать мотивацию инициальную и болезненную (основной является влечение). Указанные обстоятельства приобретают особое значение вследствие стремления подростков скрыть истинную мотивацию приема ПАВ (Битенский В. С., Херсонский В. Г., 1989). Наиболее частой мотивировкой наркотизации подростков является любопытство, хотя на самом деле мотивом является эйфория (Пятницкая И. Н., 1990).

В. В. Чирко (1989) выделяет следующие мотивы приема ПАВ у подростков: желание быть принятым в группу (конформность), реже – протестное поведение или гедонизм, еще реже - пассивная подчиняемость или неосознанное любопытство. В качестве мотивировки чаще упоминалось любопытство. На этот мотив употребления наркотических и токсических веществ, как наиболее частый (более половины опрошенных), указывают Б. М. Левин, М. Б. Левин (1991) и Н. Я. Оруджев, О. А. Жигунова (1999), тогда как субмиссивные мотивы выявлены в единичных процентах.

Мотивация употребления ПАВ рассматривается также с позиций психологической защиты исходя из представлений психоанализа и гештальт - теории (А. В. Ларионов, 1997), или из позитивного подхода Н. Пезешкиана (Менделевич В. Д., 1999) с выделением пяти основных видов: атарактического, гедонистического, гиперактивации поведения, субмиссивного, псевдокультурального. Близкий подход просматривается в классификации у Д. Д. Исаева и др. (1997).

В ряде работ в качестве основных мотивов употребления ПАВ рассматриваются субмиссивный (особенно у девушек) и гедонистический (Глазов А. А. и др., 1989; Агеева И. А., 1990; Рыбакова Л. Н., 1992; Басинская Н. М. и др., 1992; Владимиров Б. С., 1993; Эльгаров А. А., Эльгарова Л. В., 1994). Однако в более поздней работе одного из авторов (Пелипас В. Е., Рыбакова Л. Н., Цетлин М. Г., 1999) ведущим мотивом алкоголизации девушек считается регуляция внутреннего состояния, а у мальчиков - конформизм. Субмиссивная мотивация преобладает на начальном этапе злоупотребления ПАВ (Глаздовский Н. М., 1989; Корсун А. М., Шведова В. М., 1989; Ю. Р. Вагин, 1990), при этом в последние годы она становится доминирующей (Туаева Р. Н., 1996; Давыдова А. А. и др., 1997; Пятницкая И. Н., 1999; Скворцова Е. С., Карлсен Н. Г., Уткин В. А., 2000). На ведущую роль мотивов, связанных с влиянием среды (до s) указывают Е. А. Кошкина и др. (1990) и И. Н. Конова-

лов и др. (2001), на втором месте находится желание снять напряжение, расслабиться.

Психологическое здоровье - антинаркотическая устойчивость

Катков А.Л. (2002) рассматривает психологическое здоровье, как фундаментальную способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовывать их в быстро меняющейся, агрессивной среде.

По результатам масштабного исследования проблемы наркозависимости в Республике Казахстан, проведенного в 2001 - 2003 годах были определены основные компоненты психологического здоровья - антинаркотической устойчивости:

- полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- наличие адекватно сформированного конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление ПАВ;
- адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- качество внутреннего локуса контроля, тесно связанного с предыдущим пунктом;
- наличие достаточных ресурсов для реализации жизненных сценариев;
- полноценная информированность о негативных последствиях потребления ПАВ, препятствующих реализации жизненных основных сценариев.

Включение изучения степени развития вышеназванных компонентов психологического здоровья - антинаркотической устойчивости в исследование отношения к потреблению ПАВ позволяет определить ряд существенных моментов в процессе формирования отношения, а также позволяет определить имеющиеся взаимосвязи между степенью развития компонентов психологического здоровья и собственно отношением к потреблению ПАВ. Кроме того, изучение психологического здоровья позволяет дифференцировать профилактические и информационные подходы для различных групп с учетом имеющихся особенностей.

Социальный статус

Неблагоприятная наследственность считается одним из существенных факторов развития зависимости, как алкогольной (Исхакова А. И., 1928; Дмитриева Т. Н., Сучков В. А., 1993; Бойко В. В., 1998; Hill S. Y., Locke J., Lowers L., Connolly J., 1999), так и токсико-наркоманической (Красильникова М. Н., Юлдашев В. Л., 1989; Гадириан А. М., 2000; Climent C. E. et al., 1989; Nurco D. N., Blatchley R. J., Hanlon T. E., O'Grady K. E., 1999), особенно когда больны оба родителя (Гулько А. А., Киткина Т. А., 1993).

По данным Е. Д. Дмитриевой (1992) у 60% подростков, злоупотребляющих алкоголем, родители страдали алкоголизмом. Zotti C., Moiraghi R. A. (1988) установили прямую связь между количеством потребляемого алкоголя школьниками и потреблением его в их семьях.

На ведущую роль пьянства в семье в приобщении подростков к ПАВ и последующее развитие зависимости указывают Ю. В. Валентик (1977), В. С. Битенский и др. (1989), В. А. Москаленко, А. А. Гулько (1993), В. Ф. Матвеев, В. Ф. Тараскин, Е. Д. Дмитриева (1990). Вопреки этому С. Г. Резников и др. (1990) злоупотребление алкоголем в семье рассматривают, в основном, как психологический фактор, отведя основную роль пьянству отца и считая пьянство матери гораздо менее значимым.

Имеет значение сам по себе фактор неполной или конфликтной семьи (Борохов А. Д., Исаев Д. Д., 1989; Красильникова М. Н., Юлдашев В. Л., 1989; Милушева Г. А. и Найденова Н. Г., 1992; Абшаихова У. А., 1992; Дмитриева Е. Д., 1992; Zucker R. A., 1989; Groer M. W. et al., 1992). По данным J. S. Brook, С. Nomura, P. Cohen (1989) нежеланные дети чаще оказываются вовлечены в употребление ПАВ.

Лонгитудинальное исследование, проведенное J. S. Brook et al. (1989) показало, что ведущими факторами, влияющими на потребление подростками наркотиков, являются семья и сверстники, влияние школы опосредованно влиянием сверстников. В то же время С. D. Rose (1999) считает, что основную роль в приобщении к наркотикам играет не семья, а референтная группа.

Неблагополучная семья реализует свое влияние через воспитание и формирование личностных отклонений (Муратова И. Д., 1979; Владимирова Б. С., 1993). Этот механизм в большей мере характерен для девочек, тогда как для мальчиков ведущую роль играют резидуальные нервно-психические расстройства (Митюхляев А. В., 1990).

Нарушение характера воспитания в семьях подростков, злоупотребляющих ПАВ, отмечают практически все исследователи. К числу особенностей семейного воспитания подростков с аддиктивным поведением С. А. Кулаков (1994) относит: жесткий контроль, недоверие к подростку, противоречивое отношение к его самостоятельности, требование уважать родителей и отказ в уважении к нему. Ю. В. Попов (1988) наиболее неблагоприятным считает неустойчивый тип воспитания.

Г. А. Милушева и Н. Г. Найденова (1992) считают наиболее неблагоприятным, с точки зрения развития зависимости, асоциальность семей, воспитание по типу гипоопеки и эмоционального отвержения. В то же время, среди подростков с доклиническими формами употребления алкоголя и токсических веществ наиболее часто встречалось воспитание по типу гиперопеки. По степени тяжести и психотравмирующему влиянию на подростка расположение

значимости факторов выглядит следующим образом:

- эмоциональная депривация;
- утрата родителей или одного из них в результате гибели;
- жестокие отношения в семье;
- отсутствие эмоциональной теплоты и заинтересованности в ребенке; психологический дискомфорт.

J. Cohen (1992) особо подчеркивает авторитарность отношений в семьях, в которых воспитываются подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами. Причем данный стиль взаимоотношений чаще встречается в пьянствующих и абстинентных семьях. На роль жестокости в формировании последующей аддикции указывают В. С. Битенский и др. (1989), Л. И. Булотайте (1989), У. А. Абшаихова (1992), Э. У. Смит (1991), Blum R. W. (1987) и др. Однако исследования Н. С. Курека (1997) не выявили четкой зависимости родительской жестокости и потребления подростками ПАВ.

Формирование аддиктивного поведения связывают как с гиперпротекцией (В. С. Битенский и др., 1989), так и с гипоопекой (Абшаихова У. А., 1992; Найденов О.В., 1992). И. В. Макшанцева, Г. Я. Лукачер, В. А. Чудновский (1989) видят связь такого воспитания с невысоким образованием и низким культурным уровнем родителей.

Существует традиционное мнение, что к употреблению ПАВ предрасполагает «проблема свободного времени» (Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1986). Однако А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991) высказывали сомнения в значимости этого фактора. Б. М. Левин (1998) обращает внимание на неоднозначность роли социальных факторов, влияющих на потребление алкоголя, в частности, таких, как жилищные и материальные условия. Проблема досуга в большей степени связана не с отсутствием условий для его проведения, а с неспособностью его организовать. Низкую общественно - полезную занятость подростков, употребляющих ПАВ, отмечают Р. К. Янспув и др. (1989).

В связи с вышеизложенным представляется достаточно спорным отнесение к факторам способствующим переходу аддиктивного поведения в болезнь (Г. Н. Носачев, Г. М. Тютинина, 1998) таких, как:

- самостоятельный заработок;
- экономическое неблагополучие в обществе, школе, семье;
- изначально малая толерантность (устойчивость) к наркотикам.

Kunz J. L., Giesbrecht N. (1999) не выявили роли социально – экономического статуса на приобщение к алкоголю. Повышает риск приобщения к алкоголю также миграция, связанная с нахождением в иной культурной среде (Cherpitel C. J., 2001).

Роль средств массовой информации в формировании жизненных стереотипов несомненна, однако она не так прямолинейна и непосредственна, как это

кажется на первый взгляд. Осуждаемые некоторыми авторами (Копыт Н. Я. и Сидоров П. И., 1986) эпизоды демонстрации алкогольных традиций в советских фильмах, сегодня на фоне массивной пропаганды спиртного в СМИ, уже не воспринимаются столь остро. Результаты исследований о влиянии рекламы на потребление алкоголя дали неоднозначные результаты. Однако доказано, что реклама более явно действует на молодежь, формируя ее взгляды постепенно (Ткаченко Г. Б., 1998).

В исследовании отношения к потреблению ПАВ рассмотренные факторы могут внести немало ценной информации в плане имеющихся корреляций между особенностями социального статуса и собственно отношением к потреблению ПАВ. Также изучение социальных факторов позволяет дифференцировать профилактические подходы для различных групп с учетом выявленных особенностей.

Следующим важным моментом в исследовании отношения к ПАВ среди населения является обработка данных, как правило, полученных в ходе анкетирования или опроса. Перед исследователями всегда возникает необходимость в извлечении максимума ценной информации. Множество переменных, которые используются в исследовании, позволяют применять разнообразные методы многомерной статистики для окончательного анализа и описания результатов. В частности, при исследовании отношения населения к психоактивным веществам, Т. И. Андреева рекомендует использовать следующие методы.

Факторный и компонентный анализ

При наличии множества характеристик исследователь часто не знает, несет ли каждая следующая какую-то новую информацию или же повторяет то, что уже давно известно. Названные методы позволяют эти характеристики (будь то результаты измерений или ответы на вопросы) группировать. Следовательно, полученные группы характеристик можно содержательно интерпретировать. Так, в исследовании отношения к психоактивным веществам, можно получить не только группы признаков, характеризующих склонность человека к употреблению психоактивных веществ, но и ряд их психологических характеристик. Для того чтобы такой анализ произвести, такие характеристики естественно должны быть включены в опросник. Если сами первоначальные результаты опроса являются сугубо качественной информацией, то полученные сгруппированные характеристики выражены количественно, и их можно в дальнейшем использовать в любых методах обработки, где нужны количественные данные. Сами первоначальные результаты опроса такими преимуществами не обладают, так как являются сугубо качественной информацией.

Кластерный анализ

Кластерный анализ позволяет провести объективную классификацию любых объектов, которые охарактеризованы рядом признаков. Точно также можно объективно сгруппировать респондентов. Из этого можно извлечь ряд преимуществ. Полученные группы или кластеры можно интерпретировать, то есть описывать, какие же собственно группы существуют. Отдельные кластеры можно выбраковывать в том случае, если при компьютерном наборе допущены определенные ошибки, в результате которых значения показателей у отдельных объектов имеют резкие отклонения. При применении кластерного анализа такие объекты попадают в отдельный кластер. Для дальнейшего анализа могут быть выбраны только те кластеры, которые обладают интересующими характеристиками. Например, только те подростки, которые декларируют интерес к наркотикам и проживают в семьях с социальными проблемами.

Регрессионный анализ

Регрессионный анализ позволяет оценивать взаимосвязи различных количественных характеристик объекта. Термин «регрессионный анализ» применяется как в узком смысле слова (оценка силы взаимосвязи между двумя характеристиками), так и в более широком (как совокупность методов оценки взаимосвязей показателей).

Дисперсионный анализ

Устанавливает степень влияния качественных характеристик на количественные характеристики. Например, ставится задача оценить различия уровня информированности подростков о наркотиках в нескольких районах города или нескольких населенных пунктах. При этом принадлежность тому или иному населенному пункту будет качественной характеристикой, а уровень информированности - количественной (при этом количественная данная характеристика может стать в результате факторного анализа при свертывании качественных данных ответов на вопросы). Качественных характеристик, влияние которых оценивается, в ходе одного исследования может быть несколько, при этом могут быть оценены также их совместные влияния. Например, уровень информированности может различаться не в двух разных областях, а в сельских районах одной области и в городских - другой.

Литература:

1. Андреева Т., Красовский К. Как сделать эффективными школьные программы профилактики курения. - Киев, УИЦПАН, 2000. - 40 с.
2. Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А. Психология ранней наркомании. - Самара, 1997.
3. Березовский А. Э. Некоторые социально-психологические особенности аддиктивного поведения. // Проблемы профилактики негативных зависимостей среди молодежи: Сборник материалов конференции. - Самара: Изд-во «Самарский университет». - 2001. - С. 42 - 48.
4. Воеводин И. В. Социально-психологические особенности и клиническая динамика этапов формирования опийной наркомании у подростков: Автореф. Диссертация канд. мед. наук. - Томск, 2000. - 25 с.

Канонический анализ

Этот вид анализа чрезвычайно полезен при наличии двух рядов количественных характеристик. Например, имеется ряд социально - экономических характеристик и ряд характеристик отношения к теме наркотиков. Корреляции каждой характеристики с каждой имеют место, но не столь значимы, чтобы дать материал для интерпретации. Канонический анализ позволяет выделить группы взаимосвязанных между собой характеристик.

Дискриминантный анализ

Данный анализ чрезвычайно полезен своей способностью к предсказанию. Первоначально используются группы с различающимися качественными характеристиками, например, люди, имеющие или не имеющие наркотическую зависимость. Затем эти группы обмеряются разными видами инструментария, не имеющего прямого отношения к целевой качественной характеристике. Дискриминантный анализ позволяет оценить различающую способность этих видов инструментария. Затем использованные косвенные характеристики применяются для прогнозирования попадания новых объектов в каждую из первоначально заданных групп.

Таким образом, все вышесказанное подчеркивает не только актуальность проведения исследований, направленных на изучение системы отношения к ПАВ среди населения, но и сложность реализации таких исследований в связи со строгими требованиями к исследуемой популяции, к подбору необходимых методов исследования, к выбору изучаемых параметров и к статистической обработке полученных данных. С другой стороны, при эффективном изучении системы отношения к ПАВ среди населения в целом или среди отдельных его групп, можно получить большую базу данных о современном положении в обществе, связанным с потреблением ПАВ, определить основные тенденции в распространенности ПАВ, а также выявить имеющиеся взаимосвязи между различными факторами, влияющими на динамику распространения зависимости от психоактивных веществ, что позволит скорректировать имеющиеся подходы в первичной профилактике и определить наиболее действенные механизмы противодействия процессу распространения потребления психоактивных веществ среди населения.

-
-
5. Долгова Т. П., Клейберг Ю. А. Молодежная субкультура и наркотики: социокультурные и психосоциологические факторы. - Тверь, 1997.
 6. Егоров А. Ю., Дрейзен А. А. Выявление злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. – Калининград: Изд-во КГУ, 2005. – 156 с.
 7. Катков А. Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан./ Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, №1, 2002. - С. 34 - 37.
 8. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. Учебное пособие для ВУЗов. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
 9. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков: Учебно-метод. пособие. – М., СПб.: Фолиум, 1998. – 70 с.
 10. Курек Н. С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболеваний наркоманией у подростков и коррекция их эмоциональных нарушений.// Вопросы наркологии. 1993, №1.
 11. Линский И. В., Первомайский Э. Б., Савкина Т. В. Методика оценки эффективности антинаркотических профилактических программ на примере учащихся 7-11 классов средней школы // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. — № 1. — С. 47 – 51.
 12. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. - Л.: Медицина, 1991. - 302с.
 13. Оценка распространенности - косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков. - ООН: Нью-Йорк, 2003. - 90 с.
 14. Пелипас В. Е., Мирошниченко А. Д. Состояние проблемы наркотиков и наркоманий в Российской Федерации // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3 – 4. – С.91 – 95.
 15. Первомайский Э. Б., Линский И. В., Савкина Т. В. Оценка «уровня наркотической готовности» у подростков // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1999. - № 2. - С. 93 – 97.
 16. Петракова Т. И., Лимонова Д. Л., Меньшикова Е. С. Ситуационная Мотивация употребления наркотиков у подростков. Ж. Вопросы психологии. №5, 1999. - С. 31 - 36.
 17. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. – Л.: Медицина. – 1975. – 333 с.
 18. Пятницкая И. Н. Наркомании.– М.: Медицина. – 1994. – 542 с.
 19. Россинский Ю. А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности./ Наркология. №8 - 2003 - С. 2 - 4.
 20. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. – М.: Изд-во «Анахарсис». – 2001. – 208 с.
 21. Соболев В. А., Сердюк А. А. Наркомания как объект социологического анализа // Вісник Харківського державного університету. Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи». — Харків, 2000. — № 492. — С. 167 – 172.
 22. Сирота И. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман Н. С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М.: Генезис, 2001. – 216 с.
 23. Худяков А. В. О дефиниции аддиктивного поведения несовершеннолетних// Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Сб. тез. Всерос. конф. – М., 2003. – С. 110– 111.
 24. Худяков А. В. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершенно-летних. – Иваново, – 2005. – 190 с.
 25. Coleman J. S. The Adolescent Society. N.Y. 1966.
 26. Duane P. Schultz. Psychology in Use. N.Y. 1979.
 27. Kendler K. S. Religion, psychopathology, and substance use and abuse./ K. S. Kendler, Ch. O. Gardner, C. A. Prescott. A multimeasure, genetic-epidemiologic study// Amer.Y.Psychiat.,1997. -154.#3. - P. 322 - 329.

СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

О. В. Лаврентьев, А. Д. Сарсенова, Т. У. Саидов, С. К. Рахменшеев

Из всех пищевых продуктов, употребляемых человеком, наиболее часто к возникновению зависимости приводит алкоголь, что прослеживается во всем мире, особенно - в странах Европы и США. Менее зависимы от алкоголя народы Азии, за исключением японцев. Существует прямая связь между алкогольной зависимостью и повреждением внутренних органов и тканей.

Заболевания печени

Заболевания печени наиболее характерны для алкоголизма, и их выраженность определяется тяжестью алкоголизма. Выделяют три нарастающие по тяжести формы патологии печени при алкоголизме: жировая дистрофия, гепатит и цирроз. При прогрессировании алкоголизма эти формы могут последовательно сменять одна другую.

Алкогольная жировая дистрофия является наиболее распространенной при алкоголизме формой поражения печени. Она редко диагностируется из-за скудности клинических проявлений. Больные либо не жалуются на плохое самочувствие, либо говорят о периодически возникающем чувстве переполнения желудка, метеоризме, диарее. Главный клинический признак жировой дистрофии печени — её увеличение; край печени закруглен, консистенция плотноватая. Печень чувствительна при пальпации. Патология, обнаруживаемая с помощью лабораторных исследований, незначительна. Большинство функциональных печеночных проб остается в пределах нормы или на её границе. При биопсии печени в пунктате определяют клетки печени, заполненные каплями жира, с ядром, оттесненным к их краям. При длительном воздержании больных от алкоголя их состояние обычно нормализуется.

Алкогольный гепатит обычно бывает хроническим и может проявляться в двух формах: персистирующей, относительно стабильной, и прогрессирующей. Хронический персистирующий гепатит наблюдается чаще, чем прогрессирующий. Как и жировая дистрофия печени, он клинически проявляется мало. Симптомы определяются преимущественно гастроинтестинальной патологией. Больные ощущают тяжесть в эпигастриальной области или в правом подреберье, отрыжку, легкую тошноту, чувство переполнения желудка, метеоризм. Печень увеличена, обычно плотнее, чем при жировой дистрофии, и слегка болезненна при пальпации.

Из лабораторных исследований на патологию указывают умеренное повышение активности ами-

нотрансфераз (аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы) в сыворотке крови. Повышена активность щелочной фосфатазы. При исследовании белков сыворотки крови обнаруживается незначительное понижение уровня альбуминов и повышение гамма - глобулинов. Патоморфологически в тяжелых случаях обнаруживается перипортальная инфильтрация с незначительным фиброзом.

После одного из наиболее тяжелых алкогольных эксцессов персистирующая форма может перейти в прогрессирующую. Исходом прогрессирующей формы очень часто становится цирроз печени. Отмечается усиление гастроинтестинальных расстройств с появлением рвоты, анорексии и диареи. Больной худеет. Иногда бывают субфебрильная температура тела и лейкоцитоз. Характерна желтуха. Печень резко увеличена, уплотнена и болезненна при пальпации.

Все лабораторные пробы, положительные при персистирующей форме, указывают на еще более глубокую патологию. Особенно заметно повышается активность аминотрансфераз сыворотки крови и щелочной фосфатазы. Происходят дальнейшие неблагоприятные изменения состава белков сыворотки крови. Для алкогольных поражений, в противоположность заболеваниям печени вирусной этиологии, характерно преобладание активности аспартатаминотрансферазы над активностью аланиновой аминотрансферазы. Отмечается повышение активности гамма-глутамилтранспептидазы сыворотки крови. Для уточнения диагноза применяют инструментальные методы (сканирование печени, ультразвуковое исследование, ретроградную холепанкреатографию).

Патоморфологические данные указывают на воспалительную инфильтрацию перипортальных зон и прилегающих к ним участков. Отмечаются участки некроза, но без регенерационных узелков, характерных для цирроза.

Различают компенсированную и декомпенсированную формы алкогольного цирроза печени.

При алкогольном компенсированном циррозе печени наблюдаются стойкая анорексия, метеоризм, утомляемость, склонность к пониженно-апатичному настроению. Часто бывает особое истончение кожных покровов с появлением на них сосудистых звездочек и белых пятен. Иногда обнаруживаются: «лакированный» язык, выпадение волос, похудание, гинекомастия, ослабление полового влечения. Печень обычно увеличена и плотна, имеет острый край. Селезенка при алкогольном циррозе увеличивается редко.

Изменения активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, белковых фракций крови сходны с таковыми при прогрессирующем алкогольном гепатите. Более точные доказательства алкогольного цирроза печени дают патоморфологические исследования. В пунктате обнаруживают дистрофические изменения печеночных клеток, участки разрастания соединительной ткани с регенерационными узелками, иногда гиалиновые тельца.

Декомпенсированный цирроз печени, с точки зрения клиники, определяется тремя видами расстройств: портальной гипертензией, приводящей к асцитам, а также к эзофагальному и геморроидальному кровотечению; желтухой с возможной спленомегалией и - в наиболее тяжелых случаях - печеночной недостаточностью с прекомой или комой. В этих случаях развиваются тошнота, рвота, анорексия, метеоризм, стойкая диарея. Кожные покровы имеют либо желтушный, либо сероватый оттенок вследствие повышенного содержания меланина. Определяются характерные сосудистые звездочки и иные кожные элементы. Печень резко уплотнена. Как правило, увеличена селезенка. Переход цирроза из компенсированной в декомпенсированную форму обычно сопровождается резким повышением активности аминотрансфераз крови. Нарушается пигментный обмен, что подтверждает обнаружение в сыворотке крови прямого билирубина. При патоморфологическом исследовании обнаруживаются распространенные дистрофические и регенеративные изменения.

Весьма информативна антипириновая проба: период полувыведения и клиренса антипирина резко нарушен, даже при компенсированном неактивном циррозе печени.

Достоверный диагноз при алкогольном поражении печени обеспечивается сопоставлением анамнестических и клинко-биохимических данных с результатами пункционной биопсии печени иглой Менгини.

Обязательным условием успешной терапии алкогольного поражения печени является полный пожизненный отказ больного от употребления алкоголя. Наибольшее значение имеют методы суггестивной терапии. Следует не назначать больным, особенно на длительные сроки, снотворные и транквилизаторы, в связи с их потенциальной гепатотоксичностью и способностью провоцировать развитие печеночной энцефалопатии. Кортикостероидные гормоны при хронических заболеваниях печени алкогольной этиологии противопоказаны.

Целесообразны лечебные мероприятия, направленные на нормализацию питания больного: витаминотерапия (кокарбоксилаза, пиридоксин, фолиевая кислота, липоевая кислота, аскорбиновая кислота, рутин, рибофлавин), полноценная, хорошо сбалансированная диета с достаточно высоким содержанием белка (1 - 1,5 г на 1 кг массы тела). При выра-

женном упадке питания у больных без явлений печеночной энцефалопатии применяют методы парентерального питания. Показаны гепатопротективные, мембраностабилизирующие и антиоксидантные средства: эссенциале, ЛИВ-52, легалон, альфа-токоферола ацетат. При наличии желтухи, явлений интоксикации, калорийной недостаточности целесообразны капельные внутривенные вливания 5% раствора глюкозы, раствора гемодеза.

При декомпенсированном алкогольном циррозе основным лечебным мероприятием направлены на осложнения портальной гипертензии. При неактивном компенсированном циррозе печени медикаментозная терапия излишня.

Заболевания поджелудочной железы

Злоупотребление алкоголем — одна из наиболее частых причин заболеваний поджелудочной железы. Заболевания поджелудочной железы при алкоголизме проявляются в форме острого и хронического панкреатита. Из субъективных признаков панкреатита необходимо отметить боли в животе, локализующиеся преимущественно слева и иррадиирующие в спину. Характерны диспептические расстройства: понижение аппетита, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул. При обострении процесса боли резко усиливаются и иногда становятся опоясывающими. Возникает многократная рвота, отмечаются субфебрильная температура, задержка стула. При пальпации живот мягкий, без четких зон болезненности. Поджелудочная железа обычно не пальпируется.

При панкреатитах диагностически значимым оказывается повышение диастазы в моче и крови. Может быть повышена активность липазы и трипсина в дуоденальном содержимом. Применяют исследование в динамике дуоденального содержимого, полученного с помощью двойного зонда, со стимуляторами поджелудочной железы. При хроническом процессе на рентгенограмме можно увидеть обызвествление конкрементов в протоках поджелудочной железы. При патоморфологическом исследовании поджелудочной железы отмечается разрастание соединительной ткани с более или менее выраженными признаками внутриклеточного отека с воспалительной инфильтрацией и появлением отдельных некротизированных клеток.

Заболевания желудочно-кишечного тракта

Алкогольный гастрит относится к частым поражениям желудочно-кишечного тракта. Характерны нарушения секреторной функции желудка: гиперацидная, гипо- или даже анацидная форма гастрита; на поздних этапах алкоголизма обычно преобладает последняя.

При алкогольном гастрите больные периодически жалуются на отсутствие аппетита, тошноту, отрыжку, неприятный вкус во рту, болезненные ощущения в эпигастральной области и другие расстройства. Клиническая картина гастрита часто маскирует-

ся проявлениями абстинентного синдрома. В более тяжелых случаях бывает рвота утром натощак с примесью крови в рвотных массах, иногда мучительная, многократная. При осмотре обнаруживаются обложенность языка сероватым налетом и легкая болезненность при пальпации в эпигастральной области.

При гастроскопии обычно находят слизь, петирии и эрозии. Рентгенологические данные неспецифичны и также свидетельствуют о гастрите.

Связь между язвенной болезнью желудка и алкоголизмом весьма сложная. Злоупотребление алкоголем служит лишь одним из многочисленных факторов, способствующих развитию явлений болезни и утяжеляющих ее течение. В формировании алкоголизма определенное значение имеет привычка некоторых больных с язвенной болезнью купировать алкоголем болевой синдром. Алкогольный энтероколит встречается реже, чем алкогольный гастрит.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Алкогольная кардиомиопатия (миокардиодистрофия) относится к заболеваниям сердца, не связанным ни с воспалительными процессами, ни с поражением венечных сосудов. Эта форма кардиомиопатии обусловлена непосредственным токсическим влиянием алкоголя на ткани сердца.

Клинические проявления кардиомиопатии обусловлены, в первую очередь - сердечной недостаточностью с нарушениями сократительной функции миокарда. Как правило, уменьшен минутный объем крови. Обнаруживаются стойкая тахикардия, одышка при физической нагрузке и пастозность ног к концу дня. Границы сердца расширены, тоны сердца приглушены.

При алкогольной кардиомиопатии, сопровождающейся дефицитом тиамина, клиническая картина иная: минутный объем крови увеличен. Преобладают симптомы недостаточности правого желудочка с тахикардией, систолическими шумами, выраженными одышкой и отеками. Введение тиамина заметно улучшает состояние больных.

При алкогольной кардиомиопатии чаще всего наблюдаются изменения желудочкового комплекса ЭКГ. Характерным считается увеличение интервала Q - T. Наблюдаются депрессия сегмента ST ниже изолинии, патологический высокий двухфазный изоэлектрический или отрицательный зубец T.

При рентгенологическом исследовании обнаруживаются изменения величины сердца, причем сердце то уменьшается после воздержания от алкоголя, то увеличивается в связи с особенно интенсивным злоупотреблением спиртными напитками (симптом «раздвижной гармоник»).

Выделяют три основные клинические формы кардиомиопатии:

- «классическую» форму, распознаваемую лишь на стадии сердечной декомпенсации, характеризующуюся дилатацией сердца;

- «квазишемическую», проявляющуюся кардиалгиями и изменениями ЭКГ, подобными таковым при хронической ишемической болезни сердца;

- «аритмическую» форму, клинически и электрокардиографически сводящуюся к различным вариантам нарушения возбудимости и проводимости миокарда. «Аритмическая» форма обычно проявляется мерцательной аритмией. В ряде случаев ее развитию предшествуют синусовая тахикардия, экстрасистолия, атриовентрикулярный ритм или пароксизмы мерцания предсердий.

Лечение алкогольной кардиомиопатии должно состоять в неуклонном соблюдении абстиненции, по показаниям назначаются сердечные гликозиды, антиаритмические препараты.

Изменения центральной нервной системы

При прогрессировании алкоголизма отмечается нарастание характерных для данного заболевания психических, неврологических и соматических изменений. Нервно-психические расстройства проявляются как постепенно нарастающими изменениями личности (алкогольная деградация), включающими психоорганические проявления и сопровождающимися определенной неврологической симптоматикой (энцефалопатии), так и эпизодическими расстройствами с различной длительностью и степенью обратимости психических и неврологических расстройств (алкогольные психозы).

Изменения психики, по данным психиатров, вначале обычно проявляются характерологическими расстройствами в виде заострения индивидуальных особенностей характера (психопатизация личности). Наиболее часто - до 50% всех случаев, по данным ряда авторов, - встречается астенический тип изменения личности. При этом отмечается синдром раздражительной слабости, для более поздних стадий заболевания типичны постоянная вялость, сниженный фон настроения, быстрая истощаемость при нагрузках. Реже встречаются другие типы изменения личности: апатический (вялость, безынициативность, безразличие к своей судьбе, отсутствие планов на будущее), эксплозивный (эмоциональная неустойчивость, злобность, взрывчатость, жестокость, склонность к бурным аффективным реакциям, иногда с помрачением сознания), истерический (лживость, демонстративность, легкомыслие, неискренность, склонность к эмоциональным истерическим реакциям с функциональными неврологическими расстройствами).

При прогрессировании алкоголизма к указанным характерологическим изменениям присоединяются нарушения познавательной деятельности психоорганического характера в виде нарастающего интеллектуально-мнестического снижения вплоть до развития деменции. Нарастают также изменения в эмо-

ционально-волевой сфере: снижение критики, ухудшение волевых качеств. Алкогольная деменция не имеет характерных особенностей, и ее диагностика основывается на исключении всех других причин деменции при наличии у больного алкоголизма.

Начальные стадии алкоголизма проявляются, главным образом, признаками вегетативной дисрегуляции и диссомническими расстройствами. Наблюдаются различные вегетативно-сосудистые нарушения, чаще с признаками преобладания симпатико-адреналовой системы. Особенно выраженными эти нарушения становятся после запоя и в период абстинентных расстройств, когда они могут достигать степени вегетативно-сосудистых кризов.

Типичны нарушения пищевого поведения. В начальных стадиях заболевания прием алкоголя вызывает возбуждение пищевых центров, что проявляется, в частности, ночным голодом. При прогрессировании алкоголизма аппетит постепенно снижается и развивается так называемая алкогольная анорексия, которая является важной причиной общего нарушения питания у больных алкоголизмом.

Нарушения сна в начальных стадиях алкоголизма не имеют специфических особенностей и проявляются поверхностным сном с частыми пробуждениями, отсутствием чувства бодрости и полноценного отдыха после сна. В дальнейшем отмечается характерный для алкоголизма признак — трудность засыпания при отсутствии необходимой дозы этанола. Наблюдаются яркие сновидения с аффективно насыщенными переживаниями неприятного характера, раннее пробуждение.

На более поздних стадиях алкоголизма (II - III стадии) в неврологическом статусе у больных обычно отмечаются: нерезко выраженные глазодвигательные расстройства, преимущественно в виде слабости конвергенции и ухудшения фотореакции, сухожильная гиперрефлексия с расширением рефлексогенных зон, статический мелко- и среднеразмышистый тремор пальцев рук, век и головы (алкогольный тремор), атаксические расстройства, рефлексы орального автоматизма, дизартрия, вестибулярные нарушения. Углубляются вегетативные нарушения: гипергидроз, лабильность сосудистых реакция, анорексия.

Со стороны высших психических функций у больных алкоголизмом выявляются: ухудшение способности к обучению, снижение памяти и уровня абстрактного мышления, ухудшение зрительно-пространственных представлений. Функция речи существенно не страдает. Развитие алкогольной деменции может сопровождаться апраксией, агнозией, а иногда и афазическими нарушениями. Предполагается, что при алкоголизме преимущественно страдает правое полушарие мозга, в связи с чем, достаточно рано снижается критика к приему алкоголя (анозогнозия алкоголизма).

При патоморфологическом исследовании, как правило, выявляются атрофические изменения по-

лушарий головного мозга, наиболее выраженные в лобных долях. Отмечается увеличение третьего и боковых желудочков мозга. Наличие гидроцефалии подтверждается также пневмоэнцефалографией и компьютерной томографией головы.

При гистологическом исследовании выявляются дистрофические изменения нервных клеток с уменьшением их числа и множественными очагами нейронофагии и клеточного опустошения, которое особенно выражено в третьем и четвертом слоях коры головного мозга. Дистрофические изменения проявляются зернистым перерождением, вакуолизацией, хроматололизом, липоидной перегрузкой нервных клеток. Параллельно отмечается пролиферация глиальных элементов в коре и базальных узлах. Наблюдаются также сосудистые изменения в виде стазов, периваскулярного отека и диapedезных микрогеморрагий.

Причины развития атрофических изменений головного мозга при алкоголизме недостаточно ясны. Помимо нейротоксического эффекта этанола и его метаболитов предполагается участие факторов нарушения питания и дисфункция печени. Предполагается также, что алкоголь может ускорить возрастные изменения в веществе мозга, сопровождающиеся развитием атрофических изменений последнего. При хронической алкоголизации обнаружено снижение синтеза белков в веществе мозга, что может быть одной из важных причин нервно-психических расстройств и атрофических изменений головного мозга при алкоголизме.

У больных алкоголизмом с нарушенным питанием и глубокими расстройствами обмена веществ встречается острая алкогольная энцефалопатия Гайе - Вернике. Основное значение в её патогенезе имеет недостаточность витамина В₁, что вызывает, в первую очередь - нарушение углеводного обмена. Происходит накопление кетокислот (пировиноградной и др.), которые оказывают токсическое влияние на головной мозг и внутренние органы. Одновременно отмечаются нарушения и других обменных процессов. Клиническая картина энцефалопатии Гайе - Вернике отличается значительным полиморфизмом и изменчивостью нервно-психических расстройств. Психические нарушения проявляются делириозным помрачением сознания, напоминающим тяжело протекающий алкогольный делирий. Характерна бедность галлюцинаторных переживаний, их статический характер. Аффективные нарушения монотонны и обычно выражены умеренно. Психомоторное возбуждение проявляется стереотипными действиями. В дальнейшем нарастает оглушение или развивается апатический ступор, при котором больные лежат неподвижно с открытыми, глазами, не реагируют на происходящие события, односложно отвечают на вопросы (да, нет), но в ночное время возможны периоды делириозных расстройств типа профессионального или мусситирующего делирия.

Неврологическая симптоматика проявляется сочетанием экстрапирамидных, атактических, глазодвигательных и вегетативных расстройств. Наблюдаются различные гиперкинезы миоклонического, хореоформного или атетоидного типа. Характерен меняющийся мышечный тонус, отмечается нарастающее сопротивление при пассивных движениях в конечностях (паратония), возможны приступы мышечной гипертонии типа децеребрационной ригидности. Глазодвигательные расстройства проявляются асимметричным птозом, косоглазием, нистагмом, парезом взора вверх. Отмечаются миоз, анизокория, вялая фотореакция. Практически постоянно наблюдаются рефлексы орального автоматизма и хватательные рефлексы.

Вегетативные расстройства при алкогольной энцефалопатии Гайе - Вернике весьма разнообразны и связаны с дисфункцией стволово-диэнцефальных систем. Часто в дебюте энцефалопатии наблюдается рвота центрального характера, постоянны тахикардия, лабильность артериального давления, одышка с различными нарушениями ритма дыхания. Температура тела повышается до 37 - 38°C, наблюдается гипергидроз.

Соматическое состояние больных обычно тяжелое. Они истощены, отмечают одутловатость лица, бледность кожных покровов, желтушность склер. Легко образуются пролежни. При люмбальной пункции выявляется повышение давления спинномозговой жидкости до 200 - 400 мм водн. ст., при пневмоэнцефалографии - гидроцефалия различной степени выраженности. При неблагоприятном течении заболевания развивается сопорозное состояние, а затем кома с последующим летальным исходом. Прогрессирующее развитие острой алкогольной энцефалопатии связано с нарастающим отечно-геморрагическим синдромом, который поражает, главным образом, ствол мозга.

Патоморфологически наблюдаются пролиферация эндотелия капилляров, полнокровие сосудов, особенно капилляров и вен, повышение проницаемости их стенок, плазморрагии, мелкие диапедзные кровоизлияния, отек вещества мозга. Указанные изменения наиболее выражены в сосковидных телах, ядрах подбугровой области, стенках третьего желудочка и водопровода мозга.

В этих местах отмечают также наиболее выраженные повреждения нейронов: набухание, хроматолиз, образование клеток-теней. Со стороны глиальных клеток определяются пролиферативные изменения.

Непосредственной причиной смерти обычно является дислокация мозга со сдавлением его стволовых структур. Нередко летальный исход связан с интеркуррентными инфекциями (бронхопневмония и др.). У выздоровевших больных нередко длительное время, а иногда и постоянно сохраняются нарушения памяти, неловкость движений и неустойчи-

вость при ходьбе. После острой энцефалопатии Гайе - Вернике может развиваться корсаковский психоз, клиническая картина которого включает: амнестические расстройства типа фиксации и ретроградной амнезии, продолжительность которой колеблется от нескольких недель до многих лет, дезориентировку и конфабуляции. В неврологическом статусе очень часто наблюдаются признаки поражения периферической нервной системы - вплоть до развития полинейропатии, в связи с чем, данная форма патологии иногда определяется, как полиневритический психоз.

У ряда больных алкоголизмом отмечают особые формы поражения мозга, причины развития которых, остаются недостаточно ясными. К ним относятся; алкогольная мозжечковая атрофия и алкогольная энцефалопатия Маркиафавы - Биньями. Предполагается, что помимо токсического влияния этанола и его метаболитов в патогенезе этих патологических состояний существенное значение имеют сопутствующие нарушения питания и обмена веществ.

Алкогольная мозжечковая атрофия развивается преимущественно у мужчин в возрасте от 35 до 65 лет. В клинической картине заболевания отмечают статико-локомоторная атаксия с выраженной неустойчивостью в позе Ромберга, интенционный тремор, адиадохокинез, дизартрия, нистагм, мышечная гипотония, нередко вестибулярные расстройства. Заболевание развивается постепенно, медленно, при прекращении пьянства возможны ремиссии. При пневмоэнцефалографическом и компьютерно-томографическом исследованиях выявляются признаки атрофии мозжечка, расширение IV желудочка и большой цистерны, патоморфологически определяются дистрофические изменения нейронов в коре мозжечка, особенно клеток Пуркинье.

Алкогольная энцефалопатия Маркиафавы - Биньями развивается преимущественно у мужчин, длительно употребляющих красное вино домашнего приготовления. Клиническая картина определяется нарастающими в течение нескольких лет психическими нарушениями, сходными с тяжелой и быстро прогрессирующей алкогольной деградацией личности, переходящей в деменцию, могут наблюдаться периоды психотических расстройств длительностью от нескольких дней до нескольких месяцев. Неврологическая симптоматика весьма полиморфна и обычно грубо выражена. Наблюдаются спастические парезы - вплоть до тетраплегии, псевдобульбарные расстройства, астазия-абазия, глазодвигательные нарушения - вплоть до офтальмоплегии, а также нарушения тазовых функций. Прогноз заболевания неблагоприятный, развивается коматозное состояние с последующим летальным исходом. При патоморфологическом исследовании выявляется демиелинизация нервных волокон во внутренних отделах мозолистого тела при относительной сохранности аксональ-

ных цилиндров. В зонах поражения весьма выражена макрофагальная реакция, но воспалительные изменения отсутствуют.

Изменения периферической нервной системы и мышц

Алкогольная полинейропатия выявляется у 20 - 30% больных алкоголизмом. Больные предъявляют жалобы: на парестезии в дистальных отделах конечностей, чаще ног (ощущения «ползания мурашек», «онемения», «стягивания», «покалывания» и т.п.). Иногда отмечаются разнообразные болевые ощущения - вплоть до острых стреляющих болей, напоминающих таковые при спинной сухотке, или крайне неприятные для больного ощущения жжения в подошвах, усиливающиеся при афферентной стимуляции последних. При объективном исследовании выявляется полиневритический тип расстройств обычно всех видов чувствительности, иногда сочетающийся с явлениями гиперпатии.

Развивается мышечная слабость, начиная с дистальных групп мышц на ногах. В связи с этим, а также из-за нарушения глубокой чувствительности затрудняется походка, появляется ощущение «ватности ног». Иногда развивается крампи — тонические болезненные спазмы отдельных групп мышц. Сухожильные рефлексы, особенно на ногах, снижаются. Ахилловы рефлексы не вызываются в 80 - 90%, а коленные — в 50% случаев алкогольной полинейропатии. Следует отметить, что значительное снижение ахилловых рефлексов может наблюдаться у больных алкоголизмом без других явных признаков полинейропатии. Мышечный тонус в паретичных группах мышц снижен, а позже развивается и атрофия последних. Характерны также вазодистонические и нейротрофические изменения в виде мраморности кожных покровов, гипергидроза, отечности мягких тканей на голени, стопах и кистях. При электронейромиографии выявляются признаки поражения периферического мотонейрона и ухудшение проводимости по нервным волокнам.

Наряду с полинейропатией у больных алкоголизмом развиваются также мононевриты, в патогенезе которых помимо факторов токсико - метаболического характера, связанных с употреблением алкоголя, играют роль и другие воздействия: травматизация, переохлаждение и т.п. Типично развитие травматических мононевритов, наиболее часто - лучевого нерва, в результате сдавления последнего массой тела во время сна в состоянии алкогольного опьянения.

Результаты патоморфологических исследований свидетельствуют о наличии двух основных механизмов повреждения нервных волокон при алкоголизме: аксональной дегенерации и демиелинизации. Аксональная дегенерация связана с токсическим воздействием метаболита этанола — ацетальдегида, а также пировиноградной кислоты. В патогенезе де-

миелинизации основное значение имеет дефицит витаминов группы В и никотиновой кислоты. В связи с этим, при лечении алкогольных поражений периферической нервной системы широко применяется парентеральное введение больших доз витаминов группы В и никотиновой кислоты.

Поражение мышц при алкоголизме определяется как алкогольная миопатия. Она имеет острую и хроническую формы. Острая алкогольная миопатия развивается на фоне тяжелого запоя и проявляется остро возникающей слабостью в мышцах проксимальных отделов конечностей, сопровождающейся болезненностью, тоническими спазмами, отеками ног и миоглобинурией. Хронический вариант алкогольной миопатии проявляется нарастающей слабостью в проксимальных отделах мышц конечностей, чаще - в нижних, диффузными или локальными мышечными спазмами, выраженной болезненностью мышц.

В патогенезе заболевания важная роль принадлежит токсическому воздействию этанола на клеточную мембрану и митохондрии мышечной ткани, при этом отмечаются выраженные нарушения окислительно - восстановительных процессов, белкового синтеза и обмена кальция в мышцах. При алкогольной миопатии в крови отмечается повышение уровня креатинфосфокиназы и альдолазы, причем наибольшее повышение выявляется при остром проявлении заболевания. Появляющаяся миоглобинурия в ряде случаев приводит к развитию острой почечной недостаточности из-за поражения почек.

При патоморфологическом исследовании мышц при острой алкогольной миопатии выявляется картина острого мышечного некроза с деструкцией мышечных волокон и внутриклеточным отеком. При хроническом течении заболевания изменения в мышцах менее выражены и представлены деструктивными процессами в ряде мышечных волокон с признаками регенерации. При ЭМГ исследовании с использованием локального метода отведения выявляется уменьшение амплитуды и длительности потенциалов действия двигательных единиц и рост числа полифазных потенциалов в измененных мышцах.

У лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, на фоне острой алкогольной интоксикации в сочетании с голоданием выявляются субклинические признаки алкогольной миопатии в виде повышения уровня креатинфосфокиназы в крови и незначительных изменений при ЭМГ исследовании и биопсии мышц.

У больных алкоголизмом некротические изменения мышц могут развиваться также в результате их сдавления массой тела в состоянии алкогольного опьянения, что определяется как синдром позиционного сдавления. По клиническим проявлениям и биохимическим изменениям данный синдром близок к острой алкогольной миопатии, но

помимо признаков некроза мышц, как правило, имеются также повреждения кожных покровов и нейропатии травматического, и компрессионно-ишемического характера.

Лечение алкогольных миопатий предусматривает прекращение употребления спиртных напитков и проведение дезинтоксикационной терапии (глюкозо-новокаиновая смесь, гемодез, реополиглюкин, раствор соды, трентал, мочегонные препараты). При острой алкогольной миопатии и синдроме позиционного сдавления следует проводить мероприятия, направленные на предупреждение развития острой почечной недостаточности.

Сочетание с органическими заболеваниями центральной нервной системы

Алкоголизм ускоряет развитие и утяжеляет проявления многих органических заболеваний центральной нервной системы. В свою очередь при наличии исходного органического поражения головного мозга алкоголизм обычно формируется быстрее и протекает более тяжело по сравнению с исходно здоровыми лицами. Так, для больных с воспалительными и травматическими поражениями головного мозга в анамнезе характерны атипичные и тяжелые проявления опьянения, низкая толерантность, раннее развитие запойного пьянства, быстрая алкогольная деградация личности, частые психотические состояния.

Статистические данные свидетельствуют, что у больных алкоголизмом, по сравнению с лицами, не злоупотребляющими спиртными напитками, чаще наблюдаются острые нарушения мозгового кровообращения. У людей, связанных с производством этанола, также отмечается увеличение частоты мозговых инсультов. Предполагается, что это связано главным образом с развитием артериальной гипертензии при длительной алкоголизации и с влиянием этанола на систему гемостаза. Повышение артериального давления при алкоголизации особенно выражено у лиц с отягощенной наследственностью по гипертонической болезни. Наиболее закономерно отмечается повышение артериального давления в период абстинентных расстройств - до половины больных, по данным ряда авторов. Артериальная гипертензия является важным фактором риска для церебрального инсульта, особенно геморрагического характера. Состояние алкогольного опьянения также является одним из факторов, способствующих развитию геморрагического инсульта.

Установлено, что у больных алкоголизмом мозговой кровотоки ниже по сравнению со здоровыми лицами того же возраста. При алкогольном опьянении наблюдается повышение реактивности тромбоцитов, а при хронической алкоголизации развивается тромбоцитемия, которая после прекращения приема спиртных напитков сменяется на реактивный тромбоцитоз. Прием алкоголя у больных ишемической болезнью сердца может спровоцировать карди-

альную аритмию, которая приводит к ухудшению общей и церебральной гемодинамики. Указанные изменения способствуют развитию ишемических нарушений мозгового кровообращения при алкоголизме, особенно у лиц молодого возраста.

Алкогольное опьянение является фактором, predisposing к травматизации, в том числе и черепно-мозговой травме. Сопутствующая алкогольная интоксикация затрудняет диагностику и оценку тяжести травмы. У больных алкоголизмом чаще, чем у лиц, не злоупотребляющих алкоголем, развиваются травматические внутричерепные кровоизлияния, особенно субдуральные гематомы. Достаточно типичным является развитие хронической субдуральной гематомы после легкой травмы головы, о которой сами больные часто забывают. Обычно через несколько недель после травмы начинают нарастать диффузная головная боль, оглушение и спутанность, изменения поведения. Выраженность указанных расстройств может колебаться в течение недель или месяцев, больные погибают в коматозном состоянии в связи с развитием дислокации мозга. Применение дополнительных методов исследования (эхоэнцефалографии, компьютерной томографии, ангиографии) позволяет диагностировать данную форму патологии и оказать своевременную помощь больным.

У лиц, перенесших черепно-мозговую травму, снижается переносимость алкоголя. Характерная для таких больных возбудимость значительно усиливается под влиянием спиртных напитков, в связи с чем, возможны эмоциональные вспышки с агрессивным поведением по отношению к окружающим, утрата ситуационного контроля. Возможны сумеречные состояния сознания, суицидальные попытки. Нередко наблюдается амнезия отдельных периодов опьянения. Продолжающийся после травмы прием спиртных напитков является важным фактором, способствующим развитию травматической эпилепсии. В связи с этим лицам, перенесшим черепно-мозговую травму, следует настоятельно рекомендовать полное воздержание от спиртных напитков, по крайней мере - в течение ближайшего года после травмы.

Прием спиртных напитков абсолютно противопоказан при эпилепсии. Обычно продолжают прием алкоголя больные, у которых эпилепсия развилась в связи с органическим поражением мозга (черепно-мозговой травмой, воспалительным заболеванием и т.п.) и которые имели опыт предшествующей алкоголизации. У таких больных, как правило, отмечаются личностные изменения и интеллектуальная деградация. Употребление спиртных напитков приводит к учащению припадков, повышает риск развития эпилептического статуса и утяжеляет течение всего заболевания, способствуя вторичному эпилептогенезу. Обычно развитие припадков наблюдается после запоя на фоне абстинентных расстройств, в связи с чем, необходима дифференци-

альная диагностика с алкогольной эпилепсией, диагностические критерии которой приведены выше. Существенные различия отмечаются по ЭЭГ в межприступный период: при алкогольной эпилепсии обычно наблюдаются нормальные или уплощенные ЭЭГ, которые вообще характерны для абстинентных расстройств, при эпилепсии иного генеза наблюдается генерализованная или фокальная пароксизмальная активность, характерная для той или иной формы эпилепсии.

Судорожные синдромы при алкоголизме могут быть связаны также с метаболическими расстройствами, в частности, гипогликемическими состояниями, которые наблюдаются в связи с нарушением питания и эндокринными сдвигами при злоупотреблении алкоголем. В развитии судорожных синдромов при алкоголизме большое значение имеют дополнительные предрасполагающие факторы: черепно-мозговая травма, инфекции, экзогенные интоксикации, патология внутренних органов.

ВЛИЯНИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО СТРЕССА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИММУНОТЕРАПИЯ РЕКОМБИНАНТНЫМИ ИНТЕРФЕРОНАМИ – АЛЬФА - 2

Д. К. Нурмуқанов, О. З. Ильдербаев,
А. Т. Джандыбаев, Н. Р. Мамырбекова,
А. Б. Калиев, А. О. Акмай, М. К. Касымбеков

г. Семей

Нахождение в неволе вызывает неоспоримый нервно-психический стресс организма. Кардинальная смена жизненного стереотипа в условиях пенитенциарной изоляции проверяет на прочность адаптационные ресурсы человека, преступившего закон. С учётом индивидуальных различий адаптационного потенциала (комплекса внутренних ресурсов личности, обеспечивающих процесс адаптации) и адаптационного барьера (предельной степени жизненных трудностей, которые может выдержать человек без срыва механизмов психической адаптации) каждый попавший в места лишения свободы либо справляется с требованиями изменившейся среды, либо страдает различными адаптационными расстройствами от кратковременной депрессивной реакции до выраженных расстройств эмоций и поведения [1].

Поставленные в безвыходные стрессовые ситуации люди приобретают ту или иную резистентность к этим обстоятельствам. Это означает, что организм обладает механизмами, обеспечивающими совершенную адаптацию к стрессогенным воздействиям, возможность выживания в тяжелых стрессорных ситуациях. К числу важнейших механизмов адаптации относятся нервно-психические. Известно, что в зависимости от важности решаемых задач организм человека посредством изменения нервно-психической установки и мобилизации воли способен поддерживать достаточную работоспособность и реализовать стоящие перед ним задачи, несмотря на отрицательное влияние факторов окружающей среды.

На сегодняшний день при лечении иммунодефицитных состояний прибегают к иммунотерапии. Иммунотерапия – это лечение заболеваний с помо-

щью средств целенаправленной активации иммунитета или его подавления. Различают специфические и неспецифические методы иммунотерапии. Специфические методы направлены на усиление или ослабление иммунитета к антигену или комплексу антигенов. Неспецифические методы основаны на способности иммунной системы реагировать на многие неспецифические активирующие или угнетающие воздействия. Вариантом иммунотерапии является иммунокоррекция - исправление дефектного функционирования иммунной системы. Иммуномодулирующая терапия - воздействие на нарушенный или нормальный иммунитет через регуляторные механизмы. Её осуществляют с помощью иммуномодуляторов - препаратов, способных в зависимости от дозы и способа применения стимулировать или угнетать иммунитет либо активировать одни элементы иммунной системы и подавлять другие.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение влияния пенитенциарного стресса на динамику иммунологических параметров у осужденных наркологических больных и иммунотерапия рекомбинантными интерферонами – альфа - 2.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели были выбраны: контрольная группа (здоровые), I группа – осужденные наркоманы (время пребывания 5 дней); II группа - время пребывания 1 месяц, III группа - время пребывания 6 месяцев; IV группа - время пребывания 12 месяцев; V группа - время пребывания 18 месяцев и VI группа - время пребывания 24 месяца. Также параллельно со II по VI группы пенитенциарным больным назначались: Интераль – человеческий рекомбинант-

ный интерферон – альфа - 2 (белок, синтезированный штаммом псевдомонады, в генетический аппарат которой встроены гены человеческого лейкоцитарного интерферона альфа - 2). Интераль идентичен человеческому лейкоцитарному интерферону альфа - 2. Интераль при парентеральном введении подвергается распаду, частично выводится в неизменном виде, главным образом через почки. Вводился по 2 млн. МЕ на 70 кг веса, в течение 10 дней.

Иммунологические исследования: определение количества В - лимфоцитов (CD20+) и Т-лимфоцитов (CD3+) и их субпопуляций (CD4+, CD8+) проводили с помощью метода моноклональных антител в реакции иммунофлюоресценции. Применялась панель ООО «Сорбент» (г. Москва, РФ) к кластерам CD3+, CD4+, CD8+, CD20+.

Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в сыворотке крови определяли по методике Digeon M. (1977) [2] в модификации Ю. А. Гринкевич и А. Н. Алферова (1981) [3]. Результаты выражали в единицах оптической плотности.

Реакцию торможения миграции лейкоцитов ставили по А. Г. Артемовой (1973) [4].

Количественное определение иммуноглобулинов проводили методом радиальной иммунодиффузии в геле. В ходе их определения пользовались методом G. Mancini et al. (1964). Концентрации иммуноглобулинов определяли по калибровочным кривым (отдельным для каждого испытуемого класса), построенным на основе известных разведений стандартной сыворотки.

Поглотительную способность клеток оценивали по двум показателям: по проценту фагоцитоза, т.е. по количеству фагоцитирующих клеток на 100 нейтрофилов и по фагоцитарному числу, т.е. по среднему числу латекса на один фагоцит.

Неспецифическое фагоцитарное звено оценивалось по фагоцитарной активности полинуклеаров, НСТ-тест.

Определяли содержание в сыворотке крови провоспалительного цитокина – фактора некроза опухоли - б (ФНО - б) и противовоспалительного – интерлейкина - 1в (ИЛ - 1в), г - интерферона (г - ИФН) количественным иммуноферментным методом на аппарате «Униплан» (Россия).

Полученные результаты исследования обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики по методике Е. В. Монцевичюте - Эрингене [5]. Сравнение проводилось по критерию t-Стьюдента. Анализ цифрового материала осуществлялся методами машинной программной обработки на ПЭВМ класса Pentium III.

Результаты исследования и обсуждения. Анализ результатов показал (см. таблицу №1), что у больных, находящихся в ИТУ до 5 дней, отмечено снижение содержания Т-клеток (CD3) до $41,28 \pm 1,62\%$ ($p < 0,05$) и в дальнейших сроках исследования также отмечено достоверное снижение. Количество CD4 в

крови во всех исследуемых периодах достоверно снижено ($p < 0,05$). Содержание CD8 в исследуемых когортах достоверно понижается: в сроках 1 месяц, 18 месяцев и 24 месяца, а в других периодах исследования имелась тенденция к снижению. Это вызвало понижение CD4/CD8 до $1,08 \pm 0,05$ ($p < 0,05$) в I группе, до $0,82 \pm 0,04$ ($p < 0,001$) в IV группе, в VI группе - $1,07 \pm 0,02$ ($p < 0,01$), снижение за счет более выраженного снижения содержания в крови CD4.

Известно, что лимфокинпродуцирующая активность Т - лимфоцитов отражает функциональную активность Т-системы иммунитета. Отмечалась динамика к достоверному росту ИТМЛ (индекс) в реакции торможения миграции лимфоцитов с фитогемагглютинином, что свидетельствует о снижении их функциональной активности после воздействия пенитенциарного стресса. У больных II и III групп отмечена тенденция к снижению, а в остальных группах отмечено снижение лимфокинпродуцирующей способности Т - лимфоцитов, увеличение индекса миграции на ФГА с $0,66 \pm 0,05$ в контрольной группе до $1,05 \pm 0,17$ в III группе ($p < 0,05$), в IV группе - $1,11 \pm 0,06$ ($p < 0,001$), в V группе - $1,32 \pm 0,09$ ($p < 0,001$), в VI группе - $1,06 \pm 0,09$ ($p < 0,05$).

Таким образом, во всех группах исследования у наркологических больных было выявлено подавление Т - системы иммунитета, которое характеризовалось снижением субпопуляции Т - лимфоцитов. Снижение иммунорегуляторного индекса связано с выраженным снижением количества CD4+; снижение функциональной активности нейтрофилов - в ответ на действие комбинированного пенитенциарного стресса.

Анализ результатов показал, что у больных I группы относительное количество CD20 достоверно повышено с $16,80 \pm 1,13\%$ до $20,42 \pm 1,21\%$ ($p < 0,05$), а в остальных изучаемых группах отмечено достоверное снижение этого показателя: во II группе до $10,11 \pm 0,79\%$ ($p < 0,01$), в III группе - $12,08 \pm 0,63\%$ ($p < 0,05$), в IV группе - $13,71 \pm 0,89\%$ ($p < 0,05$), в V группе - $13,57 \pm 0,83\%$ ($p < 0,05$), в VI группе - $10,85 \pm 0,96\%$ ($p < 0,01$).

По данным нашего исследования количество циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови меняется волнообразно. На начальных периодах нахождения в ИТУ уровень ЦИК достоверно не отличается. В когортах второй группы под воздействием пенитенциарного стресса отмечено достоверное снижение уровня ЦИК почти в 1,4 раза ($p < 0,05$), в третьей группе – в 1,3 раза ($p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой. В IV и V группах уровень ЦИК оставался без существенных изменений, а в VI группе зафиксировано снижение уровня до $7,11 \pm 0,23\%$ ($p < 0,05$).

Установлено, что у наркологических больных при воздействии пенитенциарного стресса фагоцитарная активность клеток крови менялась волнообразно, если у контрольных групп она составляла $25,14 \pm 1,25\%$,

Показатели	Контрольная группа	Наркологические больные					
		I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа
Лмф, %	29,57±3,93	27,14±1,82	24,03±1,47	21,01±0,88 *	23,34±2,23	25,85±2,56	20,71±2,02 *
CD20, %	16,80±1,13	20,42±1,21 *	10,11±0,79 **	12,08±0,63 *	13,71±0,89 *	13,57±0,83*	10,85±0,96**
CD3, %	48,11±2,78	41,28±1,62 *	39,71±2,90 *	38,25±2,45 *	36,08±1,13**	34,28±2,94*	29,14±1,69***
CD4, %	28,45±1,92	22,71±1,44 *	21,42±1,27 *	22,85±1,52 *	18,57±1,04**	17,14±1,29**	18,28±1,81**
CD8, %	21,07±1,85	20,71±1,14	16,14±1,23*	18,85±1,39	19,02±1,30	15,14±2,15 *	16,71±1,14*
ИРИ	1,21±0,03	1,08±0,05*	1,14±0,07	1,19±0,24	0,82±0,04***	1,09±0,04 *	1,07±0,02**
PTML	0,66±0,05	1,05±0,17*	0,58±0,01	0,62±0,03	1,11±0,06 ***	1,32±0,09 ***	1,06±0,09*
ЦИК у.е	10,23±1,04	12,12±1,41	7,12±0,31*	8,10±0,31*	9,13±0,42	12,31±1,12	7,11±0,23*
ФЦ, %	25,14±1,25	30,85±2,44*	32,42±3,32*	28,42±3,46	20,89±1,24 *	22,14±1,25	23,11±1,03
ФЧ	2,46±0,20	2,22±0,15	3,07±0,37	2,17±0,18	2,05±0,12	1,98±0,12*	2,28±0,27
НСТ %	5,43±0,22	6,57±0,48*	7,57±0,54*	6,57±0,53*	4,93±0,11*	8,42±1,06*	7,02±0,58*
Ig A г/л	1,44±0,20	2,08±0,21*	2,02±0,18*	1,89±0,16	0,92±0,05*	1,03±0,04*	1,01±0,06*
Ig M г/л	4,89±0,80	5,54±0,50	4,11±0,53	3,20±0,12*	2,23±0,36*	3,08±0,36*	3,45±0,42
Ig G г/л	12,73±1,18	14,49±1,21	14,82±0,96	9,72±0,91*	13,98±0,97	11,53±1,07	11,30±1,04
IL-1в пг/мл	23,86±2,42	25,43±2,38	21,85±2,27	28,04±2,61	32,28±2,69 *	29,14±2,40	17,42±1,71 *
ФНОб, пг/мл	69,57±3,72	78,14±8,83	99,57±9,62 *	59,28±6,78	46,42±2,58***	44,42±2,23***	43,57±2,52***
ИФН-г, пг/мл	29,28±3,82	40,71±3,34*	35,42±2,15	23,57±3,40	19,28±1,52*	20,71±1,83*	20,28±2,10 *

то у больных I группы она составляла $30,85 \pm 2,44\%$ ($p < 0,05$), II группы - $32,42 \pm 3,32\%$ ($p < 0,05$), в последующих периодах нахождения в ИТУ данный показатель имеет тенденцию к снижению. Со стороны фагоцитарного числа обнаружено не достоверное отклонение во всех исследуемых группах, кроме I и V групп. В этих группах отмечено достоверное снижение фагоцитарного числа. Если у контрольных групп оно составляло $2,46 \pm 0,20$, то у больных I группы - $2,22 \pm 0,15$ ($p < 0,05$), V группы - $1,98 \pm 0,12$ ($p < 0,05$).

НСТ - тест отражает итоговую реакцию одной из ключевых ферментных систем, ответственных за эффекторный потенциал фагоцитов. Нами выявлено, что в показателе НСТ - теста у больных в зависимости от срока нахождения в ИТУ отмечено увеличение почти во всех исследуемых группах, что свидетельствует об умеренном повышении функциональной активности нейтрофилов. А в IV группе отмечено достоверное снижение до $4,93 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), что подтверждает фагоцитарные показатели этой группы.

При исследовании установлено, что содержание иммуноглобулина - А во всех первых исследуемых когортах достоверно повышается: в I группе - $2,08 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), II группе - $2,02 \pm 0,18$ ($p < 0,05$), III группе - $1,89 \pm 0,16$ г/л, а в других группах отмечено снижение: в IV группе - $0,92 \pm 0,05$ г/л ($p < 0,05$), V группе - $1,03 \pm 0,04$ ($p < 0,05$), VI группе - $1,01 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

При сравнении с контрольной группой содержание IgM снижается: в III группе - $3,20 \pm 0,12$ ($p < 0,05$), в IV группе - $2,23 \pm 0,36$ г/л ($p < 0,05$), в V группе - $3,08 \pm 0,36$ г/л ($p < 0,05$). Содержание IgG в I, II, IV, V и VI группах достоверно не отличалось от контрольного показателя, а в III группе отмечено достоверное снижение до $9,72 \pm 0,91$ г/л ($p < 0,05$).

Цитокины – это класс растворимых полипептидных молекул, секретируемых активированными клетками иммунной системы и выполняющих сигнальную и регуляторную функции короткодистантных межклеточных коммуникаций, необходимых для развития и функционирования иммунной системы, а также для взаимодействия её с другими системами организма.

Установлено, что у наркологических больных при воздействии пенитенциарного стресса содержание ИЛ-1в, в основном, повышалось, кроме II и VI групп. У больных, находящихся в ИТУ до 5 дней, отмечена тенденция к повышению содержания интерлейкина - 1 до $25,43 \pm 2,38$ пг/мл ($p < 0,05$). Во время нахождения в ИТУ 6 месяцев, уровень ИЛ-1в находился в пределах $28,04 \pm 2,61$ пг/мл, в IV группе - до $32,28 \pm 2,69\%$ ($p < 0,05$). Наиболее низкий уровень ИЛ-1в отмечался в сыворотке крови VI групп до $17,42 \pm 1,71$ пг/мл ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-1в в контрольной группе отмечен $23,86 \pm 2,42$ пг/мл. Таким образом, почти на всех периодах нахождения в ИТУ, у наркологических больных было выявлено повышение уровня ИЛ-1в.

Высокий уровень продукции ФНО - б был выявлен у больных I и II групп. У больных, находящихся в ИТУ до 5 дней, отмечена тенденция к повышению содержания ФНО - б до $78,14 \pm 8,83$ пг/мл ($p < 0,05$), до 1 месяца, отмечено повышение содержания фактора некроза опухолей - б до $99,57 \pm 9,62$ пг/мл ($p < 0,05$). Во время нахождения в ИТУ 6 месяцев, уровень ФНО - б был в пределах $59,28 \pm 6,78$ пг/мл, в IV группе – снижен до $46,42 \pm 2,58$ пг/мл ($p < 0,001$), по сравнению с контрольной группой - $69,57 \pm 10,56$ пг/мл. И в последующих периодах отмечено достоверное снижение ФНО - б ($p < 0,001$). По результатам нашего исследования было выявлено активное снижение содержания ФНО - б у больных почти на всех периодах исследования, особенно отмечено при длительном воздействии пенитенциарного стресса.

При исследовании интерферона - г установлено, что у наркологических больных при воздействии пенитенциарного стресса содержание его на начальных периодах нахождения в ИТУ, в основном, повышалось, а в последующих периодах отмечено достоверное снижение интерферона - г, особенно - при длительном воздействии нервно-психического стресса.

Комбинированное воздействие иммунодепрессии и пенитенциарного стресса может привести к преждевременному вторичному глубокому иммунодефициту организма. Изучение иммунологических параметров показало, что при воздействии комбинированного пенитенциарного стресса в ИТУ происходит подавление клеточной, гуморальной системы иммунитета, изменение фагоцитарного звена, снижение функциональной активности Т - лимфоцитов, в виде увеличения ИТМЛ. Влияние пенитенциарного стресса у наркологических больных привело к дисбалансу продукции сывороточных иммуноглобулинов. При исследовании цитокинов установлено, что у наркологических больных при воздействии пенитенциарного стресса содержание на начальных периодах нахождения в ИТУ, в основном, повышалось, а в последующих периодах и до конца исследования отмечено достоверное снижение уровня цитокинов, которые имеют прямое отношение к длительности воздействия пенитенциарного стресса. На начальном периоде нахождения в ИТУ у наркологических больных были выявлены изменения, которые характеризовались незначительной стимуляцией защитно-приспособительных механизмов организма, в последующих периодах отмечено истощение резервных возможностей в ответ на действие комбинированного пенитенциарного стресса.

Вторичная иммунная недостаточность чаще всего обусловлена снижением количества или функциональной несостоятельностью клеток, необходимых для адекватного иммунного ответа [6 - 8]. Численность клеток сокращается за счет индукции некроза или активации программы апоптоза. Функциональная клеточная анергия, как правило, возникает из-за

увеличения выше физиологической нормы локальной концентрации регуляторных молекул: циклических нуклеотидов, медиаторов воспаления, цитокинов, клеточных супрессорных факторов, факторов блокирующих опухоли. Ещё один значимый механизм формирования вторичной иммунной недостаточности — дисбаланс компонентов систем иммунореактивности [6].

В зависимости от силы и длительности воздействия патологического фактора наблюдается различная степень истощения компенсаторных возможностей организма, и иммунная недостаточность приобретает компенсированную, субкомпенсированную, декомпенсированную и тотальную формы. Тотальная иммунная недостаточность — как правило, не совместимое с жизнью состояние. Однако известно, что вне зависимости от характера и степени иммунной недостаточности практически всегда неизбежен кратковременный или длительный дефицит продукции цитокинов. Профилактика и лечение выраженной вторичной иммунной недостаточности при различных заболеваниях обычно требует использования специальных средств [8 - 9], среди которых особо выделяются цитокиновые препараты [10 - 11].

Вводимые в организм цитокины восполняют дефицит эндогенных регуляторных молекул. Это особенно важно в условиях хронической патологии, когда применение традиционных иммуномодуляторов или индукторов синтеза цитокинов бесполезно. В связи с этим, особое внимание привлекают лекарственные препараты на основе рекомбинантного интерферона – альфа - 2 человека - одного из ключевых компонентов цитокиновой сети. Главная функция Интерала - обеспечение клеточной составляющей адаптивного иммунитета посредством избирательной активации иммунного ответа в отношении целевого антигена.

Все больные хорошо перенесли терапию Интералем и субъективно отмечали улучшение своего состояния. Во всех группах после окончания курса иммунотерапии Интералем отмечалась более выраженная положительная динамика иммунологических параметров. Сравнительный анализ иммунологических показателей больных до лечения и после лечения показал (см. таблицу №2), что практически у всех групп происходило увеличение процентного количества CD4+ лимфоцитов в 1,2 - 2 раза. Применение Интерала способствовало активации Т - клеточного звена иммунитета. Через месяц после нахождения в ИТУ наблюдался иммуностимулирую-

щий эффект в виде повышения количества лимфоцитов во всех исследуемых популяциях. Наблюдался рост индекса на начальных сроках, за счёт увеличения количества CD4+. Индекс CD4+/CD8+ в динамике повышался к исходу 6 месяца лечения и составил $1,22 \pm 0,02$ за счёт увеличения CD4+ $27,65 \pm 1,21\%$. Данные изменения субпопуляционного состава Т - лимфоцитов свидетельствуют о развитии реакций специфического клеточного иммунитета.

Иммунотерапия с применением Интерала способствовала увеличению относительного количества CD20+ по сравнению с показателями лиц без терапии. Изменения в субпопуляционном составе лимфоцитов сопровождалась стимуляцией их функциональной активности в виде повышения до нормы исходно сниженной продукции интерферона - г. Применение интерала оказывало положительный эффект на фагоцитарное звено иммунитета, в виде снижения повышенной (II, V, VI группах) функциональной активности нейтрофилов в НСТ - тесте. Избыточный синтез токсичных производных кислорода способен обусловить повреждение не только микробных тел, но и других клеток и вызвать тем самым деструкцию тканей собственного организма [12].

Иммунотерапия способствовала иммуномодуляции уровней сывороточных иммуноглобулинов. Положительная динамика иммунологических параметров у больных пенитенциарного контингента после курса интерала свидетельствует, по-видимому, о нормализации баланса между Th1 и Th2 в случаях иммунологически выявленной активации гуморального иммунного ответа. Также выявлено положительное воздействие на цитокиновый статус организма, характеризующее модулирующие эффекты цитокиновых изменений.

На основании проведенной работы можно сделать предварительный вывод о том, что Интераль может быть применен при иммунодефицитных состояниях после комбинированного воздействия факторов среды у наркологических больных как иммуномодулирующий препарат. Применение рекомбинантного интерферона – альфа - 2 у наркологических больных является весьма перспективным направлением в совершенствовании стратегии лечения этого заболевания на фоне пенитенциарного стресса и профилактики его иммунодефицитных осложнений. Иммунотерапия характеризовалась выраженным иммуномодулирующим действием, на всех периодах пенитенциарного стресса, по времени нахождения в ИТУ, в первую очередь, на клеточное звено иммунитета.

Литература:

1. Войтенко Р. М. *Социальная психиатрия с основами медико - социальной экспертизы и реабилитологии. // Руководство для врачей и психологов, Санкт-Петербург. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. - 256 с.*
2. Digeon M., Laver M. *Detection of circulating immune complex in human sera by simplified assays with polyethyleneglycos. – J. Immunol. Methods. - 1977. – N 1. – P. 165 - 183.*

Показатели иммунологического обследования наркологических больных в ИТУ после иммунотерапии Интералем

Показатели	Контрольная группа	Наркологические больные				
		II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа
Лмф, %	29,57±3,93	28,61±3,12	26,82±2,19	27,61±2,12	29,12±2,32	26,43±2,17
CD20, %	16,80±1,13	15,72±1,14	17,43±1,21	15,69±1,34	16,25±1,42	13,93±1,23
CD3, %	48,11±2,78	45,61±1,72	47,45±1,76	38,82±2,98 *	37,62±3,18 *	39,13±2,67
CD4, %	28,45±1,92	23,33±1,17*	27,65±1,21	23,65±1,78	22,47±1,84 *	25,62±1,95
CD8, %	21,07±1,85	18,01±1,94	19,67±2,03	18,72±1,56	19,41±1,34	18,73±1,27
ИРИ	1,21±0,03	1,20±0,02	1,22±0,02	1,15±0,02	1,13±0,02 *	1,20±0,03
РТМЛ	0,66±0,05	0,78±0,08	0,69±0,03	0,79±0,06	1,02±0,09 *	0,67±0,04
ЦИКу.е.	10,23±1,04	9,82±0,47	11,37±1,06	10,67±1,08	12,12±1,23	10,29±1,05
ФЦ, %	25,14±1,25	30,42±1,96*	29,31±1,37 *	23,61±1,37	25,19±1,39	26,81±1,74
ФЧ	2,46±0,20	2,92±0,22	2,41±0,23	2,12±0,17	2,32±0,16	2,36±0,21
НСТ %	5,43±0,22	7,29±0,45 *	7,21±0,52 *	5,32±0,32	7,01±0,25 **	5,84±0,29
Ig A, г/л	1,44±0,20	1,72±0,16	1,62±0,18	1,21±0,18	1,46±0,16	1,54±0,21
Ig M, г/л	4,89±0,80	6,41±0,52	4,91±0,51	3,94±0,56	5,36±0,43	5,08±0,64
Ig G, г/л	12,73±1,18	15,85±1,26	14,85±1,08	17,24±1,23 *	14,73±1,35	13,65±1,17
IL-1в пг/мл	23,86±2,42	29,65±1,85	39,71±2,64 **	27,34±1,83	31,83±2,13*	29,27±2,05
ФНОб, пг/мл	69,57±3,72	81,37±6,78	78,64±5,68	64,39±4,75	59,42±3,27*	62,57±4,34
ИФН-г, пг/мл	29,28±3,82	35,51±3,42	31,78±2,53	33,88±4,13	28,34±3,17	30,83±2,64

Примечание: Различия с контрольной группой достоверны: *-p<0,05, **-p<0,01, ***p<0,001

3. Гринкевич Ю. Я., Алферов А. Н. *Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных.* // Лаб. дело. - 1981. - № 8. - С. 493 - 495.
4. Артемова А. Г. *Феномен торможения миграции лейкоцитов крови у морских свинок с гиперчувствительностью замедленного типа к чужеродному тканевому антигену.* // Бюлл. эксперимен. биол. и мед. - 1973. - Т. 76, № 10. - С. 67 - 71.
5. Монцевичюте - Эрингене Е. В. *Упрощенные математико - статистические методы в медицинской исследовательской работе.* // Пат. физиол. и эксперим. терапия. - 1964. - № 1. - С. 71 - 76.
6. Ярилин А. А. *Основы иммунологии.* - М.: Медицина, 1999. - 608 с.
7. Sedlacek H-H, МЦрЦу Т. *Immune reactions.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 1995: 581 с.
8. Караулов А. В., ред. *Клиническая иммунология.* - М.: Медицинское информационное агентство, 1999. - 606 с.
9. Нестерова И. В., Сепиашвили Р. И. *Иммунотропные препараты и современная иммунотерапия в клинической иммунологии и медицине.* // Аллергол и иммунол. - 2000; 1 (3): С. 18 - 28.
10. Кетлинский С. А. *Перспективы клинического применения рекомбинантных цитокинов.* // Вестн РАМН, 1993; (2): С. 11 - 18.
11. Смирнов В. С., Малинин В. В., Кетлинский С.А. *Терапия вторичных иммунодефицитных состояний пептидными биорегуляторами. Иммунодефицитные состояния.* // Под ред. Смирнова В. С. и Фрейдлин И. С. - СПб: Фолиант, 2000. - С. 477 - 533.
12. Маянский А. Н., Пикуза О. И. *Клинические аспекты фагоцитоза.* - Казань: Магшариф, 1993. - 192 с.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАГОСПИТАЛЬНОЙ НАРКОТИЗАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ РЕМИССИИ (ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АНТАКСОН» НА БАЗЕ РНПЦ МСПН)

А. Н. Рамм, А. А. Кусаинов, В. В. Башилов

г. Павлодар

В последнее десятилетие число больных наркоманией как в Казахстане, так и во всем мире неуклонно растет, при этом наибольшую распространенность приобрела героиновая зависимость. Наиболее важной задачей при лечении героиновой наркомании является предупреждение рецидивов, особенно на ранних этапах лечения, и, как следствие этого, формирование и поддержание стабильных, длительных ремиссий. В последние годы появились новые методы лечения наркоманий, в том числе и с использованием блокаторов опиоидных рецепторов, созданных на основе налтрексона, которые, по сообщению ряда авторов, повышают частоту выхода больных в длительные ремиссии [1, 2, 3, 4]. В большей части публикаций, посвященных медикаментозным схемам применения блокаторов опиоидных рецепторов, авторы ориентированы на длительный период приёма препарата (от 6 месяцев до года и более), хотя имеются и сообщения, основанные на результатах краткосрочного применения налтрексона [5].

Нас же более интересовала эффективность препарата при его использовании на стационарном этапе. Но в начале несколько слов о тех предпосылках, которые подтолкнули нас к использованию налтрексона в качестве средства для профилактики внутривенного употребления опиоидов.

Первый аспект связан с наличием незаконного оборота наркотиков в сети наркологических учреждений. Каким бы тщательным образом не строилась система противодействия проникновению наркотиков в ЛПУ, тем не менее, в наркологические диспансеры и центры медико-социальной реабилитации довольно часто проникают наркотические вещества. По данным проведенного нами среди наркозависимых анонимного опроса, эпизодически (а иногда и регулярно) наркотические вещества употребляет до 50% контингента этих учреждений. Интрагоспитальная наркотизация сводит практически к нулю все усилия врачей - наркологов, психотерапевтов, психологов, направленные на достижение устойчивой ремиссии у пациентов. Даже единичные за период госпитализации пробы наркотика способствуют позитивному подкреплению патологического влечения к наркотику, приводят к усилению интенсивности последнего, и, как следствие, рецидиву заболевания. Пациенты отказываются от дальнейшего лечения, нарушают режим отделения. Используемые в настоящее время медикаментозные методы купирования интенсивного, полностью развившегося патологического влечения к наркотику либо не оказываются в должной степени эффективными, либо вызывают нежелательные побочные эффекты ввиду высоких дозировок используемых препаратов. Таким обра-

зом, становится совершенно обоснованным использование налтрексона в качестве средства для профилактики обострения патологического влечения на госпитальном этапе.

Второй аспект условно можно назвать организационно-финансовым; он напрямую связан с состоянием амбулаторного звена наркологической службы. Существующие штатные нормативы не достаточны для полноценного охвата противорецидивными программами даже тех пациентов, которые прошли стационарное лечение и нуждаются в дальнейшем патронаже. Кроме этого, наркологическая служба не в состоянии обеспечить всех нуждающихся в противорецидивном лечении необходимым количеством блокаторов опиатных рецепторов из-за недостаточного финансирования лекарственного обеспечения. Именно эта сложившаяся ситуация и становится подчас причиной полного отказа от применения блокаторов опиатных рецепторов в наркологических диспансерах. Нежелание использовать налтрексон в лечебных схемах аргументируется, прежде всего, нецелесообразностью применения его в стационаре без последующего использования в амбулаторной сети. Зачастую фирмы-производители или дистрибьюторы лекарственных препаратов сами становятся невольными заложниками своих маркетинговых схем. Сложившийся стереотип назначения налтрексона на период не менее 6 месяцев в данном случае становится трудноодолимой преградой для его использования. Не оспаривая важности соблюдения сроков терапии блокаторами, мы, тем не менее, предлагаем оставить позицию «нулевой толерантности» в данном вопросе и использовать налтрексон в медикаментозных схемах стационарного этапа лечения зависимых от опиоидов.

Непосредственной целью настоящей работы было изучение влияния профилактики внутрибольничной наркотизации (с применением блокаторов опиоидных рецепторов) на динамику формирования ремиссии. В качестве блокатора опиоидных рецепторов использовался налтрексон гидрохлорид, зарегистрированный в Казахстане под названием «Антаксон» («Antaxone», фирма Zambon Group, производство Италии).

Материал и методы исследования

Настоящее сообщение основано на наблюдении 37 больных героиновой наркоманией (29 мужчин, 8 женщин) в возрасте от 17 до 32 лет (средний возраст равен $22,7 \pm 0,93$ года), проходивших лечение в Республиканском научно – практическом центре медико – социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК) (далее по тексту – Центр) в период с января 2006 года по январь 2007 года. Продолжительность пребывания пациентов в Центре составляет 60 дней. Весь период лечения больных условно может быть разделён на 2 этапа: этап интенсивной медикаментозной коррекции, который включает мероприятия

по купированию опиоидного абстинентного синдрома и дальнейшей коррекции психического и соматического состояния пациентов и этап психотерапии и реабилитации, на котором основной акцент смещается с медикаментозных методов лечения на психотерапевтические мероприятия.

Длительность заболевания в исследуемой группе составляла, в среднем, $2,8 \pm 0,24$ года и колебалась от 1,5 до 5,0 лет. Следует сразу оговориться, что не все из наблюдаемых нами 37 пациентов прошли полный курс лечения; часть из них выбыла досрочно по различным причинам, о чём будет сказано далее. Длительность катamnестического наблюдения пациентов была различной, но не менее 1 года с момента выписки, в виду того, что меньшие сроки воздержания от наркотика по общепринятым критериям не являются стойкой ремиссией. В качестве контрольной группы использовалась выборка из 50 пациентов, проходивших лечение в то же время, сопоставимая с исследуемой группой по половому, возрастному составу и длительности заболевания. Специальных критериев включения пациентов в ту или другую группу не существовало, распределение осуществлялось случайным образом.

Всем больным до поступления в Центр неоднократно проводилось купирование опиоидного абстинентного синдрома – либо в амбулаторных условиях, либо в виде краткосрочного (7 - 10 дневного) стационарного курса детоксикации. Как правило, эффективность такого лечения была крайне низкой, поэтому воздержание от приёма наркотиков в основном длились от нескольких дней до 2 - 3 месяцев.

Как пациенты исследуемой группы, так и больные, составляющие контрольную группу, поступали на лечение либо в состоянии отмены, либо в активном употреблении, т.е. нуждались в проведении курса детоксикации. Купирование проявлений абстинентного синдрома проводилось дифференцированно, с учётом длительности заболевания, величины дозировок наркотиков и психопатологической структуры абстиненции, но принципиально медикаментозная схема была единой. В среднем, длительность интенсивной фармакотерапии собственно синдрома отмены составляла 7 - 8 дней, в редких случаях достигая 10 дней. В исследуемой группе «Антаксон» назначался по 50 мг 1 раз в сутки (утром) на весь период лечения. При этом его назначение осуществлялось не ранее седьмого дня после отмены опиатов, при условии отсутствия алкалоидов опиата в моче; кроме того, обязательным условием назначения препарата было проведение налоксоновой пробы. Пациенты на протяжении курса реабилитации получали базисную психофармакотерапию, сопоставимую по дозировкам и назначаемым препаратам. В неё входили нейролептики (предпочтительно атипичные – клозапин, рисперидон, оланзапин), антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин и т.д.), антиконвульсанты (карба-

мазепин). Применение дополнительных назначений было обусловлено обострением патологического влечения к наркотику и ассоциированных с ним диссомнических, аффективных или поведенческих расстройств.

После выписки пациента из стационара проводилось катамнестическое исследование ремиссии специально обученным медицинским персоналом организационно-методического отдела Центра; кратность сбора данных составляла 1 раз в квартал. Для объективизации катамнестических сведений сопоставлялась информация из различных источников: сам пациент, его близкие родственники, участковый врач - нарколог, статистический отдел областных наркологических диспансеров, бывшие пациенты Центра, находящиеся в стойкой ремиссии и имеющие контакт с наблюдаемым.

Основными параметрами, которые оценивались в качестве индикаторов эффективности использования блокаторов опиоидных рецепторов, являлись:

- длительность пребывания пациента в лечебно-реабилитационной программе;
- динамика синдрома патологического влечения к наркотику в течение всего периода наблюдения;
- отсутствие в моче пациентов алкалоидов опия (на стационарном этапе исследования);
- длительность ремиссии.

В процессе анализа результатов исследования и оформления их в настоящее сообщение были

проанализированы и другие параметры (такие, например, как динамика аффективных, диссомнических расстройств или готовность пациентов к сотрудничеству в психотерапевтических группах). Однако достоверных корреляционных связей этих параметров с приёмом «Антаксона» обнаружить не удалось.

Для оценки вышеуказанных параметров нами применялись следующие инструменты:

- патологическое влечение к наркотику (ПВН) оценивались с помощью Шкалы определения тяжести ПВН (Винникова М. А., Иванец Н. Н.) [2];
- определение наличия алкалоидов опия (а так же ряда других наркотических веществ) в моче пациентов проводилось иммунохроматографическим методом с использованием тест - систем «Наркотест - 5 - мультиэкспресс»;
- динамика показателей ремиссии отслеживалась с помощью специально разработанной в Центре индивидуальной анкеты «Комплексные характеристики ремиссии».

Результаты и обсуждение

Одним из основных критериев эффективности использования препарата была длительность нахождения пациентов исследуемой группы на стационарном этапе лечения. Результаты сравнительного анализа этого показателя в исследуемой и контрольной группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели длительности пребывания пациентов в стационаре

Продолжительность пребывания в стационаре	Исследуемая группа (n=37)	Контрольная группа (n=50)
До 20 дней	2 (5,4%)	5 (10,0%)
20 - 40 дней	6 (16,2%)	13 (26,0%)
40 - 60 дней	29 (78,4%)	32 (64,0%)
Средняя продолжительность (дни)	47,5±4,1	39,2±3,9

Как можно видеть, в группе, где пациенты получали «Антаксон», процент пациентов с длительностью пребывания более 40 дней был значительно больше, чем в группе со стандартной схемой лечения. Статистически достоверная разница ($P \leq 0,05$) была получена результате сравнения средней продолжительности лечения: для пациентов исследуемой груп-

пы этот показатель равнялся 47,5 дням, для контрольной группы – 39,2 дня.

С 10 дня госпитализации всем пациентам регулярно (в среднем, 1 раз в неделю) проводилось тестирование на предмет наличия алкалоидов опия в моче. В таблице 2 представлены результаты этих обследований.

Таблица 2

Результаты тестирования пациентов на наличие алкалоидов опия в моче

Результаты тестирования	Исследуемая группа (n=37)	Контрольная группа (n=50)
Отрицательный	34 (91,9%)	38 (76,0%)
Сомнительный	1 (2,7%)	3 (6,0%)
Однократно-положительный	2 (5,4%)	7 (14,0%)
Множественно - положительный	0 (0%)	2 (4,0%)

Видно, что 18% пациентов контрольной группы, хотя бы однократно, в течение срока госпитализации принимали наркотики опийной группы; в исследуемой группе этот показатель был более чем в 3 раза меньшим.

Опираясь на данные лабораторных исследований, мы предположили наличие взаимосвязи между фактом употребления опиоидов (положитель-

ный результат тестирования) и длительностью пребывания пациентов в стационаре. Выяснилось, что в исследуемой группе оба пациента, имевшие положительные результаты тестирования, выписались до 20-го дня лечения; имевший сомнительные результаты (но, предположительно, употребивший наркотик) – на 35-й день. В контрольной группе результаты были следующими (см. таблицу 3).

Таблица 3

Соотношение длительности пребывания в стационаре и результатов тестирования (контрольная группа)

Результаты тестирования	Продолжительность лечения		
	До 20 дней	20 - 40 дней	40 - 60 дней
Отрицательный	2 (4,0%)	8 (16,0%)	28 (56,0%)
Сомнительный	0 (0%)	1 (2,0%)	2 (4,0%)
Однократно-положительный	2 (4,0%)	3 (6,0%)	2 (4,0%)
Множественно-положительный	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0%)

Как мы и предполагали, пациенты, допускающие употребление наркотиков во время лечения, имеют более короткие сроки лечения. В качестве основной гипотезы, объясняющей этот феномен, нами рассматривается положительное подкрепление первоначально аутохтонно-возникающего (или ситуационно-спровоцированного) патологического влечения к наркотику, его дальнейшее усиление - уже в связи с употреблением наркотика, и, как следствие, досрочная выписка. Для подтверждения этой теории мы проанализировали результаты исследования интенсивности патологического влечения к ПАВ у наших пациентов. Как правило, в большинстве случаев, как

в исследуемой группе, так и в контрольной группе, имел место волнообразный тип течения ПВН (по Клименко Т. В., Субханбердиной А. С., 2002) [6]. Он характеризовался значительным постоянством при более или менее выраженных колебаниях его интенсивности. Только в 2 случаях в исследуемой группе и 5 случаях в контрольной группе тип течения ПВН характеризовался, как пароксизмальный: на фоне относительного благополучия внезапно возникало выраженное компульсивное (а в некоторых случаях даже импульсивное) влечение к наркотику. Однако весьма показательной была динамика ПВН в процессе лечения (см. таблицу 4).

Таблица 4

Динамика патологического влечения к ПАВ у пациентов исследуемой и контрольной групп в период стационарного лечения

Динамика патологического влечения к наркотику	Исследуемая группа (n=37)	Контрольная группа (n=50)
Деактуализация	29 (78,4%)	32 (64,0%)
Стабильное	5 (13,5%)	9 (18,0%)
Усиление интенсивности	1 (2,7%)	4 (8,0%)
Актуализация компульсивного влечения	2 (5,4%)	5 (10,0%)

В исследуемой группе, наблюдалась, во-первых - большая редукция патологического влечения (у 78,4% пациентов против 64,0% в контрольной группе), а во-вторых – меньшее число случаев со стабильно сохраняющимся или нарастающим влечением к наркотику.

Так как патологическое влечение является стержневым синдромом любой зависимости, именно степень его редукции и определяется эффективность всего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий стационарного этапа.

Более того, по нашим наблюдениям, именно нисходящая динамика ПВН на госпитальном этапе во многом определяла дальнейшую консолидацию ремиссии и её длительность. Среди пациентов исследуемой группы в виду высокой стоимости препарата только 5 человек продолжали приём «Антаксона» в течение 6 месяцев после выписки; двое из них принимали препарат в течение 1 года. Ниже, в таблице 5, представлены результаты катamnестического наблюдения наших пациентов.

Длительность ремиссии

Длительность ремиссии	Исследуемая группа (n=37)	Контрольная группа (n=50)
До 3 месяцев	5 (13,5%)	12 (24,0%)
3 - 6 месяцев	10 (27,0%)	21 (42,0%)
6 - 12 месяцев	14 (35,1%)	10 (20,0%)
Свыше 1 года	8 (24,3%)	7 (14,0%)
Средняя длительность ремиссии (месяцы)	8,3±1,6	6,7±1,3

Совершенно очевидно, что количество пациентов с более длительным периодом воздержания (в пределах 1 года) в исследуемой группе оказалось выше, чем в группе контроля. Так, количество пациентов, возобновивших употребление наркотиков в период до полугода после выписки, составляло в контрольной группе до $\frac{2}{3}$ от всех наблюдений (66%); в исследуемой же группе таких оказалось всего 40%. Больше так же оказалась и средняя продолжительность ремиссии в исследуемой группе, однако полученные различия были статистически недостоверными.

Выводы

Приведённые выше результаты наблюдений позволили нам сделать следующие предположения:

1) применение препарата «Антаксон» на этапе стационарного лечения позволяет увеличить длительность нахождения пациентов в терапевтической программе;

2) блокируя эйфорогенные эффекты опиоидов, «Антаксон» позволяет в ряде случаев профилактировать обострение патологического влечения к наркотику;

3) использование на госпитальном этапе блокаторов опиоидных рецепторов позволяет добиться увеличения сроков ремиссии даже без дальнейшего амбулаторного их приёма.

Небольшое количество наблюдений пока не даёт нам возможности проверить достоверность полу-

ченных результатов по канонам доказательной медицины и подтвердить, таким образом, озвученные гипотезы. В настоящее время проводится дальнейший сбор данных о влиянии профилактики интрагоспитальной наркотизации с применением блокаторов опиоидных рецепторов на динамику формирования ремиссии и её длительность.

В заключение хотелось бы отметить, что сама идея использования налтрексона в качестве средства профилактики внутрибольничного употребления наркотиков не нова. Так, в «Методическом руководстве по профилактике и фармакологическому лечению героиновой зависимости» (У. Филибек, Е. Стерниери, Е. де Якобс) [7], выпущенном в 1995 году Общеобразовательным центром по изучению лекарственной зависимости Италии и рекомендованном ВОЗ к использованию во всех странах Евросоюза, в качестве одной из целей лечения блокаторами опиоидных рецепторов заявляется длительная поддержка курса психотерапии и реабилитации. Даже в случае отсутствия полноценного амбулаторного этапа реабилитации больных опиоидной зависимостью использование налтрексона представляется целесообразным. По нашим наблюдениям и литературным данным, его использование особенно показано заинтересованным в лечении пациентам с высоким культурным и профессиональным уровнем, когда лечение налтрексоном осуществляется в комплексе с психотерапией и реабилитационными мероприятиями и в сотрудничестве с родственниками больного.

Литература:

1. Винникова М. А. *Постабстинентное состояние при героиновой наркомании (клиника и лечение): Дисс ... канд.мед.наук. - 1999. - 209 с.*
2. Иванец Н. Н., Винникова М. А. *Героиновая наркомания. - М.: Медпрактика, 2000. - 121 с.*
3. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А. // *Сб. Опыт применения антаксона при лечении опиоидной наркомании. - М., 2000. - 29 с.*
4. Иванец Н. Н., Винникова М. А. // *Руководство по наркологии. - М.: Медпрактика, 2002. - Т. 2. - С. 6-24.*
5. Шамрей В. К., Нагибович А. Р., Колчев А. И., Медведев Н. П., Мышляев С. А. *К вопросу о терапевтической эффективности налтрексона гидрохлорида в комплексном лечении героиновой наркомании // Медтехника и медизделия. — 2002. — № 1(7). — С. 23 – 27.*
6. Клименко Т. В., Субханбердина А. С. *Судебно-психиатрическая оценка синдрома патологического влечения к наркотическим средствам // Наркология. — 2002. — № 11. — С. 31.*
7. Филибек У., Стерниери Е., Е. де Якобс. *Методическое руководство по профилактике и фармакологическому лечению героиновой зависимости. - Министерство здравоохранения Италии, 1995.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А. Д. Сарсенова, Е. Н. Миронова, Л. Б. Бактыбаева, О. В. Лаврентьев

Принято считать, что ядром психических нарушений, возникающих вследствие длительного употребления героина, является снижение морально-этических качеств личности, нарастание психопатических и заострение преморбидных черт характера. Относительно изменений высших психических функций (ВПФ) большинство авторов указывает на снижение работоспособности, быструю утомляемость, замедленность ассоциативных процессов, т.е. на неспецифические нарушения астенического плана.

В некоторых исследованиях указывается на нарушения процесса выработки сложных форм индуктивных умозаключений, на трудности обобщения и вербализации выделенных обобщенных признаков предметов, на нарушения кратковременной памяти и зрительно-пространственной координации. В литературе встречаются данные о более выраженном влиянии хронической интоксикации героином на правое полушарие мозга по сравнению с левым, что приводит к замедлению начального этапа зрительного восприятия вербальной информации. Некоторые исследователи указывают на значительные интеллектуально-мнестические расстройства у больных опийной (в том числе – героиновой) наркоманией на фоне психопатизации личности и одновременно – сглаживания индивидуальных личностных характеристик. Изучение локальных изменений плотности мозгового вещества с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии свидетельствует о том, что по сравнению со здоровыми людьми, героиновая зависимость связана с более низкими коэффициентами электрической активности в лобной и теменной коре больших полушарий и более высокими коэффициентами активности в таламусе. Таким образом, можно предположить, что постоянное токсическое воздействие героина на глубинные структуры мозга, связанные с корой больших полушарий, приводит как к неспецифическим, так и специфическим нарушениям ВПФ. В то же время, отсутствуют комплексные психологические исследования, которые могли бы показать специфику действия героина на ВПФ у больных.

С другой стороны, многие исследователи, занимавшиеся изучением наркомании, указывают на высокий уровень преморбидной отягощенности больных различной психической патологией. В частности, ряд авторов подчеркивают тяжесть течения наркотических зависимостей, их неблагоприятный исход при развитии на фоне психопатий или органического поражения ЦНС.

В настоящее время героиновая наркомания среди других наркотических зависимостей в нашей стра-

не вышла на передний план и сопровождается серьезными негативными медико-социальными последствиями. Эффективность её лечения остается низкой. Оптимальные схемы дифференцированного медикаментозного лечения больных героиновой зависимостью, в особенности с коморбидной психической патологией (с различными типами психопатий, эффективными нарушениями, органическим поражением головного мозга), мало разработаны. Между тем в литературе обращается внимание на необходимость более сложного, комбинированного лечения коморбидной патологии.

Задача лечения больных эндогенными психозами, осложненными развитием патологической зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоделических средств, распространённость которых в последнее десятилетие значительно увеличилась, представляет очень большие трудности.

Несмотря на недостаточную разработанность клинико-диагностических критериев и ограниченный выбор оптимальных терапевтических подходов и схем, установлено, что они обусловлены гораздо большей тяжестью ведущей симптоматики, чем не осложнённые формы каждой болезни.

Сопряженность двух одновременно развивающихся заболеваний влияет на клиническую картину каждого из них. Наблюдается не просто суммирование феноменологических образований - происходит сложное взаимовлияние вследствие их родства (синтропии), усиления (патологического синергизма), либо антагонизма (дистропии).

Выбор терапевтической тактики определяется ведущим психопатологическим и неразрывно связанным с ним наркологическим симптомокомплексом в статусе больного, типом и этапом течения аддиктивного процесса, формой и типом течения эндогенного психоза, соматическим состоянием.

Отправным пунктом воздействия на стержневой синдром зависимости – синдром патологического влечения является логическое признание его психопатологической сущности как сверх ценного, т.е. очень близкого к паранойальному бреду динамического образования.

Отсюда следует, что разработать систему лечебного воздействия, имеющего целью подавить бредовый очаг не вслепую, а хоть сколько-нибудь адресно, невозможно без учета закономерностей формирования и патокинеза сверх ценного синдрома.

Разумеется, мы можем лишь в общих чертах судить об основных узлах бредовой конструкции, нет нужды напоминать о скудости наших представлений о зарождении, кристаллизации, стереотипах протек-

кания и, наконец, затухании – инволюции этого симптомокомплекса.

К сожалению, в повседневной практике клинической наркологии невозможно реально проследить зарождение патологического влечения на инициальных этапах употребления наркотиков. Суждения клиницистов здесь базируются на субъективных ретроспекциях больных, зачастую мало достоверных из-за частичной амнезии и кататимической переработки.

Это обстоятельство открывает перспективу целенаправленного поиска психофармакологических средств для воздействия на стержень зависимости – синдром патологического влечения.

Другим краеугольным камнем для разработки комплексной патогенетической терапии синдрома патологического влечения у больных эндогенными психозами является использование возможности воздействия на главный общий биологический субстрат и химической зависимости, и нарушенной эндогенной эмоциональности – специфически измененный метаболизм катехоламинов в лимбико-таламических морфофункциональных системах мозга.

Согласно современным представлениям клиническая картина всех видов химической зависимости (как алкоголизма, так и наркомании) и, прежде всего, развитие абстинентных расстройств и актуализации патологического влечения детерминирована дисбалансом в таких нейромедиаторных системах, как адренергическая, дофаминергическая и серотонинергическая, а также в системе эндогенных опиатов.

Как известно из многочисленных работ отечественных и зарубежных авторов эти же системы биогенных аминов одновременно являются и важнейшими звеньями патогенеза аффективных психозов.

Пристального рассмотрения заслуживают гипотезы, постулирующие нарушения в обмене моноаминов в качестве важного механизма возникновения аффективных расстройств, в частности - депрессий и аффективно - бредовых приступов. Подход к коррекции абстинентных расстройств и подавлению патологического влечения одновременно может обеспечить и терапевтическое воздействие на эндогенную, прежде всего, аффективную симптоматику и заключается в подборе средств, влияющих на указанные общие ключевые звенья патогенеза.

Если считать аффективные расстройства и синдром зависимости коморбидными состояниями, то для успешного их лечения представляется целесообразным их хронологическая дифференциация с выделением «первичного» звена и звена «вторичного». Так, если зависимость от психоактивного вещества формируется на фоне затяжного депрессивного или субдепрессивного состояния, то целесообразно купировать, прежде всего, это аффективное расстройство. В данном случае можно рассчитывать на то, что сформировавшаяся «симптоматическая» зависимость от психоактивного вещества, например алкоголизм, в случае успеха лечения «первично» аффективной патологии исчезнет сама собой.

Если же аффективные расстройства и синдром зависимости, с которым они сочетаются, с патогенетической точки зрения едины, то хронологическая дифференцировка бессмысленна. При этом «антикривинговое» лечение и купирование аффективных расстройств становятся по сути неразличимыми. Редукция одной компоненты «большого наркоманического синдрома» с неизбежностью влечёт за собой обратное развитие всех других его составляющих.

Для фармакотерапии аффективных расстройств, проявляющихся при синдроме зависимости, используются те же классы препаратов, что и для коррекции так называемой «чистой» аффективной патологии. Это, прежде всего, антидепрессанты различных фармакологических классов.

Основными критериями эффективности терапии сочетанной патологии служат следующие показатели:

1. Уменьшение тяжести основных проявлений и продолжительности острого периода абстинентного синдрома.
2. Отсутствие длительной ремиссии после стационарного лечения, но уменьшение потребления ПАВ (отказ от «тяжелых» наркотиков, переход к употреблению алкоголя и/или менее токсичных ПАВ).
3. Удлинение периодов воздержания.
4. Регресс продуктивных симптомов эндогенного психоза.
5. Задержка развития дефицитарных симптомов.
6. Удлинение периодов воздержания и улучшение социально-трудовой адаптации (вовлечение в трудовую занятость и реабилитационные программы).

Как показывает исследование, терапевтическая тактика в отношении больных героиновой наркоманией, развившейся или на фоне психопатического склада личности, или органического поражения ЦНС, а также с аффективными расстройствами, непременно и в равной мере, должна включать фармакологическое воздействие как на основное заболевание (наркоманию), так и на коморбидную психическую патологию. При этом учитываются, с одной стороны - особенности наркомании (стадия, период на время обращения за помощью - острый в форме абстинентного синдрома, постабстинентное состояние, ремиссия), с другой - свойства сопутствующих психопатических (психопатоподобных), аффективных и психоорганических нарушений (компенсация, декомпенсация, меньшая или большая тяжесть).

При соблюдении такого принципа быстрее уменьшаются тяжесть проявлений и сроки существования абстинентных расстройств в ходе лечения, не только не возникает развития психотических эпизодов, судорожных пароксизмов, экстрапирамидных и иных побочных эффектов, но и регистрируется уменьшение выраженности органической микросимптоматики, а постабстинентное состояние протекает легче. Все это положительным образом отражалось на общем состоянии больных, способствуя удлинению и качественному улучшению ремиссии.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕСПИДОН-3 В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. В. Лаврентьев

г. Павлодар

Атипичные нейролептики

Нейролептики – одна из основных групп современных психофармакологических средств. Открытие в 1952 г. первого из известных нейролептиков – хлорпромазина (аминазина), эффективного при психозах, положило начало направленной фармакотерапии наиболее тяжелых психических заболеваний, в том числе различных форм шизофрении. Благодаря лечению больных шизофренией нейролептиками сокращалось число очередных обострений и приступов, а это, в свою очередь, позволяло избежать многочисленных госпитализаций, сопряженных с экономическими затратами.

Лечение большинства клинических форм стало возможным во внебольничных условиях, а содержание в психиатрических стационарах приблизилось к общемедицинским нормам. Вследствие лекарственного патоморфоза шизофрении большинство классических клинических форм стало протекать на редуцированном уровне с относительно благоприятным течением, стали преобладать атипичные аффективно-бредовые варианты с отчетливой приступообразностью или фазностью.

В то же время многолетний опыт применения классических нейролептиков – производных фенотиазина, тиоксанта, бутирофенона – продемонстрировал и негативные тенденции – учащение случаев малокурабельных и практически безремиссионных фазнопротекающих психозов или длительно существующих, стереотипных, синдромально незавершенных, промежуточных бредовых вариантов с вялым течением, часто резистентных к проводимой фармакотерапии. Сегодня показатель резистентности к терапии нейролептиками, по различным данным, составляет 30-40%.

Классические нейролептики оказались малоэффективны в коррекции негативной симптоматики. Более того, со временем было отмечено, что часть случаев резистентности обусловлена именно выраженностью негативных симптомов у больных шизофренией. При этом устранение резистентности сопровождалось существенным ослаблением последних.

Недостатками «классической» нейролептической терапии являются также высокая частота развития аффективной (депрессивной и дисфорической) симптоматики (до 20% больных) и когнитивных нарушений, а также экстрапирамидные побочные эффекты (включая такие тяжелые осложнения, как поздние дискинезии), токсико-аллергические реакции, злокачественный нейролептический синдром, кардиотоксичность и т.д. Особо следует отметить, что такие экстрапирамидные проявления, как дистония, ака-

тизия и симптомы паркинсонизма, наблюдаются у 50-60% больных и требуют дополнительного применения антихолинергических препаратов. Упомянутые эффекты осложняют течение основного заболевания, увеличивая выраженность негативных, аффективных и когнитивных расстройств, и приводят к дополнительной социальной стигматизации больных. Не менее часто развиваются и другие соматические побочные эффекты, в том числе нейроэндокринные, связанные с повышением содержания пролактина в крови (галакторея, дисменорея, гинекомастия, сексуальные нарушения). Плохая переносимость терапии приводит к нарушению комплайенса в процессе лечения, нарушениям режима фармакотерапии, следствием чего нередко является рецидив психоза.

Таким образом, одной из важнейших задач нового этапа развития психофармакологии стала разработка нейролептиков, по эффективности не уступающих классическим препаратам, но превосходящих их по широте терапевтического действия и по критериям безопасности. Появившиеся препараты нового поколения получили общее наименование атипичных нейролептиков, к которым в настоящее время относят клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, zipразидон, амисульприд, арипипразол и некоторые другие.

В чем же заключается атипичность этих средств?

Несмотря на отсутствие формализованных и общепринятых критериев понятия «атипичность», можно выделить некоторые принципиальные характеристики такого рода препаратов.

Фармакологическое действие: более широкий спектр связывания с различными рецепторными структурами в центральной нервной системе (ЦНС), то есть фармакологическая гетерогенность, в сочетании с топической селективностью (избирательным связыванием с теми или иными подтипами рецепторов в конкретном участке мозга).

Клиническая эффективность:

- антипсихотическое действие, сравнимое по своей выраженности с классическими представителями;
- воздействие на негативную симптоматику;
- воздействие на когнитивную симптоматику;
- воздействие на аффективную симптоматику;
- эффективность во многих случаях резистентности к классическим нейролептикам.

Критерии безопасности:

- незначительный риск развития экстрапирамидных побочных эффектов и злокачественного нейролептического синдрома;
- меньший, чем у классических нейролептиков, риск развития нейроэндокринных нарушений (гиперпролактинемия).

Специфическая антипсихотическая активность атипичных нейролептиков в целом сопоставима с таковой у традиционных нейролептиков и связана с общим механизмом действия препаратов данной группы – блокадой дофаминовых рецепторов D₂-типа. В то же время была выявлена избирательность атипичных антипсихотиков к мезолимбической и мезокортикальной дофаминергическим системам мозга и гораздо менее выраженное действие на nigrostriатную систему, что непосредственно связано с существенно более благоприятными характеристиками их безопасности. Кроме того, накоплено множество фактов, свидетельствующих о том, что многообразный спектр клинического действия атипичных нейролептиков (собственно антипсихотическое, седативное, активирующее, антидепрессивное и др.), его своеобразии у различных представителей данной группы, а также развитие осложнений фармакотерапии определяются интегральным механизмом, связанным с комплексным воздействием этих средств на другие рецепторные структуры в мозге, в том числе серотониновые, адренергические, гистаминовые, холинергические, NMDA- и другие рецепторные системы.

Важнейшим фармакологическим свойством большинства атипичных нейролептиков является сочетание умеренно выраженной блокирующей активности в отношении D₂-рецепторов и достаточно мощного антисеротонинергического эффекта, реализуемого на уровне 5-HT_{2A}-рецепторов. Серотониновые рецепторы данного типа широко представлены в лобной коре, и в различных отделах мозга серотонинергическая система оказывает модулирующее влияние на дофаминергические структуры. В частности, в мезокортикальной области серотонин угнетает высвобождение дофамина; соответственно, блокада постсинаптических серотониновых рецепторов ведет к увеличению содержания дофамина. Как известно, развитие негативной симптоматики при шизофрении связывают с гипофункцией дофаминовых нейронов в префронтальных корковых структурах, поэтому данный механизм может рассматриваться как один из ведущих в реализации клинико-фармакологических эффектов атипичных антипсихотиков.

При этом каждый из атипичных нейролептиков обладает специфическими механизмами действия, клиническими эффектами и, наконец, значительными различиями характеристик безопасности и, соответственно, особенностями терапевтического спектра, что определяет целесообразность назначения конкретного препарата при определенных клинических формах и синдромах.

Типичный представитель атипичных нейролептиков - респидон

Антипсихотическое средство (нейролептик), производное бензизоксазола. Обладает высоким сродством к серотониновым 5-HT₂- и дофаминовым D₂-рецепторам. Связывается с α₁-адренорецепторами и,

при несколько меньшей аффинности, с гистаминовыми H₁- и α₂-адренорецепторами. Не обладает сродством с холинорецепторами. Хотя респидон является мощным D₂-антагонистом (что, как считается, является основным механизмом улучшения продуктивной симптоматики шизофрении), он вызывает менее выраженное подавление моторной активности и в меньшей степени индуцирует каталепсию, чем классические нейролептики. Благодаря сбалансированному антагонизму к серотониновым и дофаминовым рецепторам в ЦНС, уменьшается вероятность развития экстрапирамидных побочных эффектов.

Респидон может индуцировать дозозависимое увеличение концентрации пролактина в плазме крови.

Респидон (действующее вещество - респеридон) является современным мощным нейролептиком с выраженным общим антипсихотическим, антибредовым и антигаллюцинаторным действием.

Общее антипсихотическое или «инцизивное» действие проявляется в способности недифференцированно и равномерно редуцировать различные проявления нарушений психики. В первую очередь это проявляется в воздействии на острую психотическую симптоматику, представленную чувственным бредом, напряженностью, аффектом страха, тревогой, растерянностью. Этот эффект респидона проявляется в течение первой недели терапии. С общим антипсихотическим действием связывают способность нейролептика препятствовать прогрессивности течения заболевания. Селективное антипсихотическое действие респидона проявляется в его воздействии на галлюцинаторную, псевдогаллюцинаторную и бредовую симптоматику. Данные свойства препарата проявляются после общего антипсихотического действия. Седативный эффект практически отсутствует. Экстрапирамидные неврологические побочные эффекты препарата имеют слабую выраженность, носят дозозависимый характер, возникают, как правило, в начале терапии. Гипотензивный эффект представлен минимально. Препарат обладает активирующим действием, в связи с чем в начале терапии может отмечаться возбужденность, нарушение сна.

Современный опыт применения респидона свидетельствует о наличии у него отчетливого антинегативного действия, которое проявляется как в отношении первичной, собственно дефицитарной, негативной симптоматики, так и в отношении вторичной негативной симптоматики, которая обусловлена психотическими расстройствами, явлениями нейролепсии, связанными с предшествующим приемом классических нейролептиков, а также проявлениями постпсихотической депрессии и психологической реакцией больного на болезнь.

В многочисленных исследованиях установлена высокая эффективность респидона как при купировании острых, подострых и хронических психотических состояний различной нозологической принадлежности, так и в качестве профилактической, про-

тиворецидивной терапии. Респидон характеризуется широким спектром антипсихотической активности, что проявляется в его высокой эффективности при терапии различных синдромальных состояний. Скорость наступления терапевтического эффекта зависит от психопатологических особенностей синдрома, что определяет различие в рекомендациях выбора оптимальной дозы препарата и продолжительности лечения.

Для купирования психических расстройств в большинстве случаев требуется применение препарата в среднесуточной дозе 6 мг/сут, поддерживающая доза респидона зависит от выраженности психопатологических проявлений синдрома, указывающих на остроту состояния и прогредиентность заболевания.

Что касается терапии психопатоподобных расстройств при вялотекущих состояниях, то респидон применяется как корректор поведения для смягчения клинических проявлений синдрома. Характерная для этих состояний дисгармония психической деятельности, исключительная нетерпимость, недисциплинированность, с дисфорическим настроением, тягой к легким развлечениям и примитивным удовольствиям, нередко сочетается с влечением к алкоголю и сексуальными девиациями. Все вышесказанное делает затруднительным и порой совершенно невозможным как существование пациента в микросоциуме семьи, так и препятствует его социальной и профессиональной адаптации. При использовании респидона в среднесуточной дозе 6 мг уже в течение первых недель наблюдается уменьшение аффективной возбудимости. В дальнейшем постепенно происходит купирование основных проявлений агрессии, раздражительности, заметно сглаживаются явления дисфории.

Имеющийся к настоящему времени опыт клинического применения респидона свидетельствует, что препарат является надежным, высокоэффективным и безопасным психотропным средством с хорошо прогнозируемым клиническим результатом. Быстрота наступления терапевтического эффекта и широкий спектр показаний делает респидон базовым препаратом в лечении психических и поведенческих расстройств.

Применение респидона в современной наркологии

Назначение нейролептиков больным с зависимостью от опиоидов преследует несколько терапевтических целей. Среди таких целей: подавление патологического влечения к объекту злоупотребления, коррекция поведения у лиц с психопатическими чертами, а также потенцирование действия снотворных и седативных средств, назначаемых для купирования синдрома отмены опиоидов.

Вместе с тем, известно, что нейролептики обладают целым рядом неприятных для больных побочных эффектов. Как было показано, больные опиоманией, в силу соответствующей неврологической ослабленности, вызванной основным заболеванием, особенно

предрасположены к развитию экстрапирамидных расстройств. При неадекватной терапии нейролептиками, вызываемые ими экстрапирамидные расстройства могут стать причиной нарушения контакта между врачом и больным и даже привести к отказу пациента от лечения. Именно поэтому так велика нужда в новых, «щадящих» нейролептиках, оказывающих терапевтическое действие при минимуме побочных эффектов.

В последнее время все большее внимание наркологов привлекает атипичный нейролептик нового поколения респидон (рисперидон) — соединение пентациклической структуры, являющееся производным бензизоксазола.

Показания к применению респидона, в том числе и в наркологии, являются прямым следствием его фармакодинамики. Согласно данным специальной литературы, респидон применяется в том числе: для снятия тягостных болевых ощущений при опиоидной абстиненции для снижения остроты влечения к кокаину у зависимых от него больных в период отмены, для купирования синдрома отмены летучих органических соединений, в качестве безопасного нормотимика в периоде «неустойчивого равновесия» у больных с различными формами зависимости, в качестве поддерживающего и противорецидивного средства в начальном периоде ремиссии у больных с различными формами зависимости, для лечения устойчивых по отношению к терапии хронических алкогольных галлюцинозов и для лечения больных, у которых зависимость от психоактивных веществ сочетается с каким-либо эндогенным психозом.

Можно сказать, что добавление атипичных нейролептиков к стандартной фоновой терапии существенно повышает эффективность лечения больных с зависимостью от опиоидов.

Респидон быстро и практически полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта при приеме внутрь. Его максимальная концентрация в плазме крови достигается уже через 1 ч после приема. При этом однократно перорально принятая таблетка обеспечивает необходимый терапевтический эффект на протяжении суток.

Во многих исследованиях, как в психиатрии, так и в наркологии было показано, что применяется респидон в средней суточной дозе от 3 до 6 мг. Поэтому появление на рынке препарата Респидон-3 фирмы «Торрент Фармасьютикалс Лтд», как единственного атипичного нейролептика с дозировкой 3 мг в одной таблетке, значительно повышает привлекательность данного препарата в плане удобства его назначения. При применении препарата в дозировке 3 мг снижается число приемов с трех раз до двух в стационарной практике и с двух раз до одного при поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Тем самым обеспечивается комплаентность как показатель качества оказания медицинской помощи. Таким образом, ясно видны перспективы применения препарата Респидон-3 в наркологической практике.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

В. Н. Даневич, Ж. Н. Каиргельдинова, В. В. Гарилев, Б. У. Шынтаева, А. К. Калиева

г. Павлодар

С целью оценки эффективности стационарного лечения героиновой наркомании нами были катанестически обследованы по истечении одного года и более после выписки из стационара 193 мужчин, находившихся в 2006 году на стационарном лечении в отделении медико-социальной реабилитации областного наркологического диспансера г. Павлодара.

Установлено, что 86% больных относятся к возрастной группе 20 - 29 лет. Лишь 7% больных входят в подростково-юношескую группу (16 - 19 лет) и 7% - в группу более зрелого возраста (30 - 36 лет). Давность заболевания менее 1 года была лишь у 5% больных. Причем это больные старших возрастных групп (20 - 36 лет). Это можно объяснить тем, что начавшие злоупотреблять героином в зрелом возрасте в силу социально-семейных факторов, понимая угрозу развития наркомании, вынуждены обращаться за наркологической помощью на ранних стадиях заболевания.

В то же время, из них 52 человека поступили в стационар после 2 - 4 лет злоупотребления героином, на далеко зашедших стадиях заболевания. Это можно объяснить тем, что при всех формах опиатной зависимости практически отсутствует такой кардинальный для алкогольной зависимости симптом, как утрата количественного контроля. Если зависимый от алкоголя человек, начав пить, уже не может остановиться на дозе, не вызывающей у него заметного опьянения, пока не выпьет свою опьяняющую дозу, то зависимый от героина, зная свою дозу, создающую кайф, приобретает и вводит себе одномоментно именно такую. Не располагая средствами на приобретение достаточной дозы наркотика, но, ожидая неизбежные абстинентные явления, он приобретает лишь минимальную, купирующую эти явления дозу. На таких купирующих абстиненцию дозах, которые продолжают снижаться, он может находиться в течение нескольких недель. При этом он, естественно, испытывает императивное влечение к введению дозы наркотика, вызывающей состояние «кайфа», и при первой возможности приобретения такой дозы вводит ее. Причем после относительно длительного употребления небольших доз наркотика, лишь купирующих абстинентные явления, доза, вызывающая наркотическое опьянение, может быть значительно снижена. Наркоманы называют это «омоложением», то есть снижением 2 - 3 и даже более раза привычной опьяняющей дозы.

Значительная часть из числа поступающих добровольно в стационар лиц, больных героиновой зависимостью имеет цель снизить потребляемую дозу наркотика или даже полностью избавиться от необходимости её употребления для купирования абстинентных явлений с тем, чтобы снова начать наркотизацию с небольших доз, создающих привычный наркотический эффект. Такая практика нередко приводит к передозировке, когда после перерыва наркоман вводит себе ставшей токсической для него дозу, вплоть до смертельной. Естественно, что больные этой группы никакой установки на воздержание от наркотиков не имеют.

Вторую группу составляют больные, которые в связи с употреблением наркотиков попали в зону внимания правоохранительных органов и дали обещание, что будут лечиться и прекратят употребление наркотиков, не имея, естественно, такой установки. К этой же группе можно отнести больных, обращающихся под давлением родственников, которым они многократно уже обещали прекратить употребление наркотиков, но не имели на это твердой установки. Из них 73 человека отказались от лечения, не завершив его, и 28 человек выписаны за нарушения режима отделения.

И, наконец, самую небольшую группу составляют больные, которые, как правило, в силу сложившейся ситуации, реально осознают необходимость преодоления своей наркотической зависимости и поступают в стационар с установкой на лечение и дальнейшее воздержание от наркотика.

Установлено, что у больных, находившихся в стационаре менее одной недели, не имевших установки на воздержание от наркотиков и выписанных практически до полного купирования абстинентных явлений, рецидив наступил в течение ближайших дней: 28 человек были выписаны за нарушение режима, у 7 больных рецидив наступил в течение первого месяца после выписки, лишь у одного — через 2 месяца.

Наибольшую группу (101 человек) составляли больные, находившиеся в стационаре 1 - 2 недели. Полного купирования абстинентных явлений у них также не могло наступить, и большинство из них возобновило употребление наркотиков в первые 4 недели после выписки. В то же время у 12 человек рецидивы возникали в более отдаленные сроки через 1 - 6 месяцев после выписки.

У 5 больных этой группы по срокам воздержания можно было констатировать ремиссии после лечения, у двух человек - кратковременные, когда рецидивы возникали через 6 – 12 месяцев после лечения, и у трех человек более длительные, продолжавшиеся 1 год и более, с отсутствием рецидивов в течение срока наблюдения.

Из полученных данных об эффективности стационарного лечения больных героиновой зависимостью следует, что все ещё высок уровень нарушения режима отделения и досрочной выписки пациентов из стационара, который составил 28 человек. Половина из них в первые дни срывается после поступления, но наблюдаются нарушения режима и через несколько недель после поступления, то есть после купирования абстинентного синдрома.

Больных, у которых рецидивы возникли непосредственно в стационаре и в первый месяц после выписки из стационара, следует отнести к ранним рецидивам и считать их лечение неуспешным. 64 человека находились в стационаре менее 7 дней и выписывались за нарушение режима или отказ от лечения. При наличии абстинентных явлений они рассчитывали на возобновление употребления героина непосредственно после выписки, 101 больной из этой группы находился в стационаре 1 - 2 недели и основные симптомы абстиненции у них купирова-

лись, однако принудительный характер влечения к наркотику у них сохранялся, и вскоре после выписки они реализовывали свое влечение. Особенно неблагоприятное влияние оказывали на них наркоманы, в сообществе с которыми они входили ранее и которые снабжали их наркотиками. Из 28 человек, находившихся на стационарном лечении более 20 дней, у 13 человек наблюдалась ремиссия более 1 года, у 15 человек основные симптомы абстиненции были купированы, и здесь основную роль в возникновении раннего рецидива сыграло сохранившееся влечение к наркотическому опьянению и активное влияние на них агрессивной среды наркоманов.

Ремиссия свыше одного года имела место в 7% (13 больных) случаев. Длительность пребывания в стационаре этих больных составляла: до 10 дней у 5 человек, 10 - 20 дней у 4 человек и более 20 дней у 4 человек.

Таким образом, и в этой группе почти половина больных лечилась в течение коротких сроков, не позволяющих полностью купировать абстинентные явления. Длительные ремиссии у них были обусловлены чисто социальными факторами — опасностью привлечения к уголовной ответственности, отсутствием возможности приобретения наркотиков, переменой места жительства и уходом от влияния агрессивной окружающей среды наркоманов и наркоторговцев.

МОНИТОРИНГ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

О. В. Лаврентьев

г. Павлодар

Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан осуществляет отдел информации, анализа и менеджмента научных исследований, который является подразделением Республиканского научно- практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН).

Основная цель деятельности отдела: информационное обеспечение деятельности, направленной на снижение спроса на наркотики в РК.

Основные задачи

Основными задачами отдела информации, анализа и менеджмента научных исследований являются:

- 1) сбор доступной информации по медицинским, эпидемиологическим, социальным, правовым и другим аспектам потребления наркотиков и других психоактивных веществ в РК.
- 2) сбор информации о передовом опыте по вопросам профилактики, эпидемиологии, патогенеза, лечения и социальной реабилитации наркозависимых в РК и других странах.

- 3) анализ вышеназванной информации и разработка на данной основе обзоров и рекомендаций для населения, специалистов, законодательных органов.
- 4) информационная поддержка научно-исследовательской деятельности по проблемам наркомании в РК.
- 5) координация и контроль за внедрением инновационных методов и методик профилактики, диагностики, лечения, реабилитации наркозависимых в системе наркологической помощи Министерства здравоохранения РК, учреждениях Министерства образования РК и других ведомствах, занимающихся антинаркотической деятельностью.
- 6) контроль эффективности, планомерности и своевременности проведения научных исследований по проблеме наркомании, непрерывности функционирования системы мониторинга, а так же внедрения в практику разработанных на основе научных исследований

методических рекомендаций, новых технологий, методов и методик (совместно с организационно- методическим отделом РНПЦ МСПН).

Основные функции

Сотрудники отдела в соответствии с возложенными на них задачами осуществляют следующие функции:

- организацию и обеспечение деятельности единой информационной сети наркологических учреждений РК;
- сбор доступной информации по медицинским, эпидемиологическим, социальным, правовым и другим аспектам потребления наркотиков и других психоактивных веществ в РК;
- проведение многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК;
- сбор и анализ результатов целевых исследований по проблеме наркомании;
- участие в организации конференций и съездов;
- участие в информационных проектах УПН ООН; информационно- методический обмен со странами ближнего и дальнего зарубежья;
- составление сводных годовых аналитических отчетов по результатам анализа информации системы мониторинга, результатов проведенных исследований, других источников, рассылка аналитических отчетов заинтересованным организациям;
- создание книжного фонда и видеотеки;
- издание научных журналов и другой научно- методической продукции;
- разработка нормативных документов, регламентирующих деятельность (в том числе информационную) системы наркологической помощи населению в РК;
- реализация научных исследований, внедрение результатов исследований;
- информационно- методическая поддержка научно - исследовательской деятельности.

Кадровый состав отдела

В штат отдела информации, анализа и менеджмента научных исследований входят: научные сотрудники, эксперты по информационно - социологическим исследованиям, эксперт по экономическому анализу, видеоинженер, редактор, корректоры, библиотекарь, фельдшер- статистик, техник - оператор, программисты, лаборанты.

Отдел информации, анализа и менеджмента научных исследований обеспечивается всей необходимой оргтехникой, персональные компьютеры сотрудников отдела подключены к локальной сети РНПЦ, имеют доступ в Интернет и свой электронный адрес для оперативной работы с региональными наркологическими организациями и другими ведомствами, работающими по наркологическому профилю.

Функцией, образующей отдел, является мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан.

Современные требования, предъявляемые к системе мониторинга, были определены в Вене 8 - 17 апреля 2003 года Директором - исполнителем сроков шестой сессии Комиссии по наркотическим средствам ООН в докладе по оптимизации систем сбора информации:

- информация должна отвечать потребностям лиц, определяющих политику в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ;
- информация должна быть своевременной и полной;
- система мониторинга должна быть легко реализуемой и экономически целесообразной;
- для повышения сравнимости и качества данных необходимо использовать ограниченное число единых приоритетных показателей;
- для повышения качества анализа необходимо сочетание основных статистических данных с исследованиями и с информацией относительно контекста, в котором имеет место употребление ПАВ;
- наиболее эффективным для сбора и анализа данных об употреблении ПАВ и связанных с этим последствиях является применение многометодных и многоисточниковых подходов;
- сбор данных должен осуществляться в соответствии с правильными методологическими принципами;
- сбор и представление данных должны осуществляться в соответствии с признанными стандартами исследовательской этики.

На основании этих принципов, а так же с учётом рекомендаций экспертов ООН по итогам ранее проводившихся исследований Республиканским научно - практическим центром медико- социальных проблем наркомании, была разработана система мониторинга, которая в настоящее время активно функционирует.

Целью системы мониторинга является всестороннее и регулярное изучение наркологической ситуации в РК, эффективное регулирование процесса планирования услуг в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ и, в частности, наркомании, а так же оценка адекватности и эффективности предпринимаемых мер.

Перед системой мониторинга стоят следующие конкретные задачи:

- ∞ разработка системы индикаторов, позволяющих достоверно оценивать динамику состояния наркоситуации, а так же основных показателей здоровья населения (психического, психологического, социального);

- ∞ многоаспектная оценка деятельности служб, противодействующих распространению зависимости от ПАВ;
- ∞ многоуровневая оценка состояния психического и психологического здоровья населения и его целевых групп (возрастных, профессиональных, гендерных, национальных и т.д.);
- ∞ первичный анализ потребностей населения в специализированных услугах (в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики);
- ∞ первичный анализ масштабов и моделей злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, а так же темпов и тенденций их распространения;
- ∞ обеспечение системного планирования содержания и результатов деятельности соответствующих служб, инициирующего конструктивную динамику состояния наркоситуации, а так же основных показателей здоровья населения (психического, психологического, социального);
- ∞ многоплановая оценка результата активности служб психического здоровья (оцениваются экономические, социальные, клинические показатели, а также целевые группы населения по степени удовлетворенности деятельностью данного сектора);
- ∞ доведение необходимого объема информации до соответствующих организаций и ведомств.

Решить вышеуказанные задачи в полном объеме, удовлетворяя при этом все современные требования, позволит создание трёхуровневой системы мониторинга, обеспечивающей с одной стороны - широкий охват больших слоёв населения, с другой – достаточную глубину исследований.

Наличие в структуре системы мониторинга первого уровня (уровня обобщённой информации по проблеме распространения зависимости от ПАВ, получаемой из официальных источников) – определяется необходимостью получения статистической информации для её анализа и дальнейшего сравнения с данными, полученными в результате исследований;

Второй уровень (уровень персональной информации о лицах, допускающих немедицинское потребление ПАВ, получаемой из официальных источников) определяется необходимостью оперативного отслеживания изменений масштабов и тенденции распространения зависимости от наркотиков и других ПАВ, а так же динамики моделей злоупотребления ПАВ без значительных финансовых затрат;

И, наконец, третий уровень (уровень углубленных тематических эпидемиологических исследований) – определяется необходимостью глубокого целенаправленного изучения новых моделей злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, выявленных

посредством анализа информации, полученной на первом и втором уровнях, оценки эффективности усилий, прилагаемых для противодействия распространения зависимости от ПАВ, а так же динамики ранее определённых феноменов (феномен антинаркотической устойчивости, феномен психического, психологического, социального здоровья и т.д.).

Основной задачей первого уровня мониторинга является сбор максимально полной и сопоставимой официальной информации по наркологической ситуации на областном (региональном) и республиканском (государственном) уровнях для последующего её анализа и косвенной оценки масштабов проблемы злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, а так же сопоставления с данными, полученными на втором и третьем уровнях системы мониторинга.

В качестве **источников официальной информации** предлагается использовать как силовые ведомства (такие как МВД, КНБ, Агентство по таможенному контролю и другие), так и министерств здравоохранения, науки и образования, информации и общественного согласия:

Предполагается формирование единой системы сбора информации по наркомании путём заключения межведомственного соглашения о сотрудничестве между соответствующими организациями. При этом существующие схемы сбора и распространения информации остаются прежними; вся необходимая информация будет дублироваться в Аналитический Центр системы мониторинга, анализироваться, и в обработанном виде с рекомендациями передаваться всем заинтересованным ведомствам и организациям.

Такая схема позволит сосредоточить все данные в одном месте и даст возможность анализировать их в контексте всей имеющейся информации, что, несомненно, повысит качество анализа и интерпретации.

Нами определены основные промежуточные индикаторы первого уровня системы мониторинга. Такowymi являются:

1. Законодательная база в сфере снижения предложения и спроса на наркотики.
2. Показатели инвестиционной активности в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ.
3. Параметры масштаба проблемы зависимости от ПАВ (уровня распространения наркологических расстройств и «ассоциированных» с наркоманией заболеваний).
4. Параметры основных характеристик процесса деятельности в сфере снижения предложения на наркотики.
5. Параметры основных характеристик процесса деятельности в сфере снижения спроса на наркотики.
6. Параметры основных характеристик процесса деятельности в сфере снижения вреда от употребления наркотиков.

Второй уровень системы мониторинга является промежуточным звеном между системой сбора обобщённой информации и углублёнными эпидемиологическими исследованиями и представляет собой своего рода постоянное скрининговое исследование.

Основной задачей второго уровня системы мониторинга является организация регулярного сбора персональной неконфиденциальной информации о лицах, допускающих немедицинское употребление ПАВ, в тех ведомствах, где это возможно, с последующим углублённым анализом с целью раннего выявления новых моделей употребления наркотиков и других ПАВ и описания характеристик уже существующих, а так же возможностью целенаправленного планирования более глубоких эпидемиологических исследований. Для этого часть контингента учреждений планируется опрашивать с обязательным заполнением специальных опросных листов и последующим внесением информации в общую базу данных. Кроме того, основным источником персональной информации о лицах, страдающих зависимостью, является единая компьютерная сеть наркологической службы РК.

Предполагается использование в этой системе сбора информации таких индикаторов, как:

- социально-демографические данные;
- анамнестические данные;
- модели употребления ПАВ;
- рискованное поведение;
- данные о лечении.

Результатом анализа данных, собранных на втором уровне системы мониторинга, являются:

- а) характеристики различных групп потребителей наркотиков и других ПАВ;
- б) характеристики существующих моделей потребления наркотиков и других ПАВ;
- в) описание динамики моделей потребления наркотиков и других ПАВ.

К основным задачам уровня углублённых эпидемиологических исследований мониторинга относятся:

- определение отношение к проблеме наркомании общего населения;
- выявление основных факторов, способствующих (препятствующих) вовлечению населения в сферу употребления ПАВ;
- определение масштабов злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами среди общего населения и отдельных социальных групп;
- определение основных характеристик и нормы поведения в группах потребителей наркотиков и других ПАВ;
- определение эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Предлагаемые регулярные исследования:

- эпидемиологические исследования с целью оценки уровня здоровья населения (психологического, психического, социального и т.д.), а так же качеств, способствующих или препятствующих вовлечению населения в сферу потребления ПАВ;
- проведение эпидемиологических исследований в целевой группе наркопотребители, не состоящих на официальном учёте («скрытых наркопотребителей»), с целью изучения характеристик данной группы;
- проведение эпидемиологических исследований в учебных учреждениях с целью раннего выявления потребления наркотиков и характеристик его моделей.

Конечные индикаторы системы мониторинга:

1. Характеристика информационной среды, в плане антинаркотической активности (СМИ, образовательные программы, воспитательные программы).
2. Динамика распространенности зависимости от психоактивных веществ среди населения – возрастные, социальные группы (официальная статистика).
3. Динамика уровня заболеваемости среди наркопотребителей инфекциями, «ассоциированными» с инъекционным потреблением наркотиков (ВИЧ, гепатиты В, С).
4. Динамика уровня преступности, связанной с наркотиками (возрастные, социальные группы).
5. Характеристики социального (интегративного) здоровья населения, с акцентом на показатели психологического и психического здоровья.
6. Показатель развития свойств антинаркотической устойчивости у различных групп населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы).
7. Показатель распространенности группы риска по профилю зависимости от психоактивных веществ среди населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы).
8. Показатели распространенности зависимости от психоактивных веществ среди населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы).
9. Динамика характеристик различных групп потребителей наркотиков;
10. Динамика характеристик существующих моделей потребления наркотиков.
11. Показатель качества ремиссии у пациентов, прошедших программы медико-социальной реабилитации зависимости от психоактивных веществ (процент ремиссий в течение года у выписанных больных).

12. Показатель эффективности проводимых профилактических мероприятий среди населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы).

Основными результатами внедрения системы мониторинга наркологической ситуации в Казахстане стали:

Первый уровень мониторинга:

- разработан стандарт мониторинга;
- разработаны и утверждены в Министерстве здравоохранения новые учётные и отчётные формы для работы наркологических учреждений в РК;
- подготовлен проект соглашения о сотрудничестве между основными участниками;
- с 2004 года проводится сбор информации в рамках системы мониторинга.

Второй уровень мониторинга:

- с начала 2004 года в РНПЦ МСПН производится сбор персональной информации о впервые зарегистрированных пациентах с занесением в единую базу данных;
- разработаны и утверждены в Министерстве здравоохранения новые учётные формы для работы наркологических учреждений в РК;
- разработана единая форма для проведения опросов в других ведомствах;
- подготовлен проект соглашения о сотрудничестве между основными участниками.

Третий уровень мониторинга:

- РНПЦ МСПН в 2000 и 2001 годах проведено «Многоуровневое исследование проблемы наркотической зависимости в РК»;
- ежегодно проводится экспресс – оценка ситуации наркопотребления среди пациентов наркологических учреждений;
- В 2007 году проведены 2 больших эпидемиологических исследования по проблемам потребления наркотиков, алкоголя и табака в школах и исследование проблемного потребления наркотиков.

Основными планируемыми результатами внедрения системы мониторинга наркоситуации являются:

- активизация и информационное обеспечение процесса системного планирования услуг в сфере противодействия распространения зависимости от ПАВ;
- активизация процесса обеспеченности потребности населения в специализированных наркологических услугах за счет перераспределения социальных ресурсов и адекватного системного планирования;
- снижение темпов распространения зависимости от наркотиков и других ПАВ среди населения РК;
- снижение темпов распространения ВИЧ/СПИДа и, в перспективе, локализация эпидемии;
- снижение количества активных потребителей наркотиков и других ПАВ.

**ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ,
КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

А. Н. Рамм, А. А. Кусаинов

Отделение психотерапии и медикаментозной коррекции является структурным подразделением Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании и рассчитано на 40 коек.

Все пациенты, независимо от вида потребляемого ПАВ и соматического состояния, обязаны пройти данный этап, где проводится полное лабораторное, и если необходимо инструментальное обследование, проводится консультация врача - терапевта, врача - физиотерапевта или других при необходимости узких специалистов. Помимо этого, на данном этапе медико-социальной реабилитации происходит ознакомление пациентов с режимом отделения, распорядком дня, условиями пребывания, а также вовлечение в работу психотерапевтических групп и терапевтического сообщества.

К основным принципам лечения, в рамках нашего Центра, являются те положения, которые были сформулированы еще в 90-е годы XX столетия, академиком РАМН, профессором Н. Н. Иванцом:

- добровольность;
- индивидуальность;
- комплексность;
- полный отказ от употребления наркотиков.

Для более успешной работы данного отделения, администрацией РНПЦ МСПН были поставлены основные цели:

- эффективное купирование синдрома отмены;
- дезактуализация патологического влечения;
- мотивационная терапия.

К основными задачами отделения относятся: избавление от физической зависимости, установление

контроля над психической зависимостью, ознакомление с распорядком, режимом отделения, знакомство и вовлечение в работу психотерапевтических групп, и терапевтического сообщества, выявление и максимально возможное избавление от признаков сопутствующей специфической и неспецифической патологией, и апробация новых лекарственных препаратов, и разработка новых методик и схем лечения.

Согласно используемой в нашем Центре концепции, разработанной А. Л. Катковым, и Ю. А. Россинским, приоритетными мишенями на первом этапе медико-социальной реабилитации будут являться:

- патологический соматический статус;
- патологическое влечение к ПАВ;
- работа над динамикой мотивации от поверхностной - к глубокой.

В отделении имеются следующие штатные нормативы: заведующий отделением - 1 ставка, врач нарколога - 3 ставки, врач-психотерапевт - 0,5 ставки, врач - реаниматолог - 0,5 ставки. Средний медицинский персонал представлен 13 медицинскими сестрами. В отделении постоянно задействованы 4 психолога, участвующие в групповой психотерапии, 2 психолога задействованы в индивидуальной психотерапии. Помимо этого, в групповой и индивидуальной работе принимают участие 2 волонтера, консультанты по зависимостям.

Отделение оснащено аппаратами: полинаркомном, дефибрилятором, (ДКИ - 4), электрокардиографом ЭКИТ-04 «Аксион», аппаратом для проведения плазмофореза «Гемос – ПФ», аппаратом для гемосорбции «Гемос», аппаратом ИВЛ РО-6-03, отсосом медицинским (ОМ - 1), облучателем бактерицидным «Дезар - 5», сушильно-стерилизационным шкафом, стерилизатором воздушным, бронхофиброскопом, рефрижераторной центрифугой, монитором МНО-1.

За время существования отделения нами были разработаны дифференцированные подходы к лечению абстинентного синдрома различной степени тяжести при опийной зависимости и к лечению патологического влечения к наркотика. Это карбамазепиновая, клонидиновая детоксикация, комбиниро-

ванная медикаментозная коррекция поведенческих и психических расстройств в раннем постабстинентном периоде опийной наркомании. Помимо этого, были апробированы следующие препараты и их комбинации (с последующей публикацией результатов): комбинация рисперидона, сертралина, флувоксамина в раннем постабстинентном периоде, применение сомнолептиков (зопиклон и т.д.), антидепрессанты сбалансированного действия (велаксин, миртел), атипичный нейролептик Зипрекса (Оланзапин) т.д.

Для постоянного повышения качества работы в отделении используется система внутреннего мониторинга, которая проводится заведующим отделением и внешнего мониторинга, проводимого организационно - методическим отделом.

За весь период деятельности отделения сотрудниками отделения психотерапии и медикаментозной коррекции РНПЦ, были достигнуты следующие результаты:

- существующие дифференцированные методики купирования абстинентного синдрома позволяют достаточно эффективно и максимально щадяще для организма пациента, выводить больных из синдрома отмены, что подтверждается устойчивым спросом среди наркозависимых лиц не только Республики Казахстан, но и других стран СНГ;
- постоянный поиск новых схем и методик лечения, а также апробация новых препаратов позволяют улучшить качество терапевтических программ медико-социальной реабилитации и достаточно эффективно дезактуализировать патологическое влечение к наркотикам;
- ознакомление с режимом отделения, с правилами работы психотерапевтических групп и вовлечение пациентов в групповую психотерапию и терапевтическое сообщество позволяют мотивировать пациентов на дальнейшее лечение в отделении психотерапии и реабилитации;
- разработаны протоколы высокоспециализированной медицинской помощи, которые внедрены в систему здравоохранения.

ТҮЙІН

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК ЖҮЙЕСІНЕ ЖАЛПЫҒА БІРДЕЙ САПА МЕНЕДЖМЕНТІН (TQM) ЕНГІЗУ ӘДІСНАМАСЫ

А. Л. Катков

А. Л. Катковтың «Қазақстан Республикасы наркологиялық көмек жүйесіне жалпыға бірдей сапа менеджментін (TQM) енгізу әдіснамасы» мақаласында жалпыға бірдей сапа менеджментінің жан-жақты принциптерінің Қазақстан Республикасы наркологиялық мекемелерінің қызметіне бейімделу мәселелері қаралады. Сонымен бірге аталған принциптер кескінделетін 4 топ құжаттар талданады, директивтік деңгейдегі нормативтік құжаттар, техникалық деңгейдегі нормативтік құжаттар, ұзақмерзімді стратегиялық жоспарлар, жедел жоспарлар. Қаралатын принциптер қазіргі кездегі наркологиялық қызметтің дамуының нақты мүмкіндіктерін, сондай-ақ ҚР ДМ 2007 жылғы 17 қыркүйектегі № 559 «Қазақстан Республикасындағы наркологиялық көмек жүйесінде кластер ұйымдастыру туралы». Бұйрығының талаптарын есептеп модификацияланған. Мақалада баяндалған әдіснамаларды қолдану ҚР наркологиялық көмек жүйесінің қызметінде TQM технологияларын ауқымды және тиімді енгізуге және қорытындысында тұрғындарға көрсетілетін арнайы көмектің сапасын елеулі арттыруға мүмкіндік туғызады.

Өзекті сөздер: жалпыға бірдей сапа менеджменті, басты принциптер, енгізу әдіснамасы, наркологиялық қызмет.

АЛКОГОЛЬ ЖӘНЕ ОҚУШЫНЫҢ ӨМІР СҮРУ ДАҒДЫСЫ

Р. А. Абзалова, К. Г. Шарапатова

Мақалада оқушылардың өмір сүру дағдысында, алкоголь қолданған тәжірибесі бар және алкоголь қолданбағандардың анық айырмашылығы берілген. Тәуекелдің тәртіптік факторларының жағымсыз жақтары алкоголь қолдану тәжірибесі бар оқушыларда жиірек анық кездеседі.

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ОНАЛТУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНДАҒЫ НЕЙРО – ЛИНГВИСТИКАЛЫҚ БАҒДАРЛАУ ТЕХНИКАЛАРЫ

Б. А. Азанова, Б. У. Шынтаева, А. К. Калиева

Көзі жеткен сенімді өзгертуге бола ма- ескіні жоққа шығару және жаңаны қабылдау? Оны қалай жасауға болады? Нейро-лингвистикалық бағдарлама бізді сенім әрекеттерінің жабық механизмдерін түсіне алатын және өзің және айналандағылар үшін пайдалы өзгерте алатын тиімді техникамен қаруландырды.

КІШІ ЖӘНЕ ЕРЕСЕК МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРҒА ҚАТЫНАСЫН ЗЕРТТЕУДІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

О. Г. Юсупов, Ж. К. Мұсабекова

Бұл мақалада тұрғындар арасындағы психикалық белсенді заттарға қатынасты зерттеу бойынша ғылыми жұмыстарға талдау жасалған, және негізгі зерттелетін компоненттер бейнеленеді. Демографиялық мәліметтер, алғашқы мас болғандағы жасы және оның қалдырған әсері, ақпарат көздері, психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) тату дәлелі шамаларының орны мен рөлі, есірткіге қарсы тұрақтылық-психологиялық денсаулық, әлеуметтік мәртебе сияқты мәселелер жан-жақты қаралған. Сондай-ақ еңбекте тұрғындардың психикалық белсенді заттарға қатынасын зерттеуде қолданатын көпөлшеулі статистиканың әдістері айқындалған.

МАСКҮНЕМДІКТЕГІ СОМАТОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫМДАР

О. В. Лаврентьев, А. Д. Сарсенова, Т. У. Саидов, С. К. Рахменшеев

Мақалада маскүнемдіктегі соматоневрологиялық бұзылымдар баяндалған; бауыр ауыруы, ұйқы безі, ішек қарын жолы, жүрек-қан тамырлар жүйесі; жүйке тамырларының орталық және шеткі жүйесі, соматикалық және соматоневрологиялық өзгерістердің үйлесуі.

ПЕНИТЕНЦИАРЛЫҚ СТРЕССТІҢ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ ШАМАСЫНА ӘСЕРІ ЖӘНЕ РЕКОМБИНАТТЫҚ ИНТЕРФЕРОНМЕН-АЛЬФА -2 ИММУНОТЕРАПИЯ

Д. К. Нұрмұқанов, О. З. Ильдербаев, А. Т. Джандыбаев,
Н. Р. Мамырбекова, А. Б. Қалиев, А. О. Ақмай, М. К. Қасымбеков

Сотталған наркологиялық аурулардың иммунологиялық шамасының динамикасына пенитенциарлық стресстің әсерін зерттеу және Интералмен иммунотерапияны зерттеудің мақсаты болып табылады. Бұл мақсатты шешу үшін мерзімдеріне қарай ИТУ -дегі (ОВ 156/15 Мекемесі, Семей) пенитенциарлық контингенттің 6 тобы таңдалды. II ден VI топтарға қатар пенитенциарлық ауруларға Интераль тағайындалды. ИТУ-де болған алғашқы кезеңінде ауруларда ағзаның қорғаныс-бейімделу механизмдерінің аздаған стимуляциясын сипаттайтын өзгерістер байқалды. Келесі кезеңдерінде резервтік мүмкіндіктердің әлсіреуі белгіленді.

Наркологиялық ауруларға Интералды қолдану пенитенциарлық стресс аясында бұл ауруды емдеудің стратегиясын жетілдірудің келешегі бар бағытты және иммунитет тапшылығының асқинуының профилактикасы болып табылады. ИТУ-де болған уақыты бойынша пенитенциарлық стресстің барлық кезеңдерінде иммунотерапия айқын иммуномодульдейтін әрекеттерімен сипатталады.

РЕМИССИЯ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ИНТРАГОСПИТАЛЬДЫҚ ЕСІРТКІЛЕУ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ ЫҚПАЛЫ (НМӘП РҒПО БАЗАСЫНДА «АНТАКСОН» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ)

А. Н. Рамм, А. А. Құсаинов, В. В. Башилов

Мақалада героиндық нашақор емделушілерді емдеудің госпитальдық кезеңінде «Антаксон» (налтрексон гидрохлориді) препаратын қолдану нәтижелері туралы деректер беріледі. Интра-госпиталдық есірткілеу (емдеу-оңалту процестерінің ерте сатыларында аурудың рецидивтерінің алдын алу мақсатында) профилактикасы ретінде қолданылатын препараттың осындай аспектісінің тиімділігі теориялық негізделіп, практикалық дәлелденеді.

ЕСІРТКІЛІК ТӘУЕЛДІЛІКТЕГІ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫМДАР ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А. Д. Сарсенова, Е. Н. Миронова, Л. Б. Бактыбаева, О. В. Лаврентьев

Мақалада маскүнемдіктегі келесі соматоневрологиялық бұзылымдар баяндалған: бауыр ауыруы, ұйқы безі, ішек қарын жолы, жүрек-қан тамырлар жүйесі; жүйке тамырларының орталық және шеткі жүйесі, соматикалық және соматоневрологиялық өзгерістердің үйлесуі.

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА РЕСПИДОН -3 ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ БОЛАШАҒЫ

О. В. Лаврентьев

Мақалада қазіргі кездегі бейқалыпты нейролептиктердің сипаттамасы беріледі, Респидон (рисперидон) препаратының психиатриялық наркологиялық практикада қолдануы бейнеленеді, Респидон-3 препаратының қолдануының келешегі бағаланады.

ГЕРОИНДЫҚ НАШАҚОР АУРУЛАРДЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

В. Н. Даневич, Ж. Н. Каиргельдинова, В. В. Гарилев, Б. У. Шынтаева, А. К. Калиева

Мақалада героиндық нашакорлықты стационарлық емдеудің мәселелері қаралған. Бұл аурулардың стационарда ұзақ болуы талқыланады. Олардың ұзақ ремиссиялары таза әлеуметтік факторларға байланысты- қылмыстық жауапкершілікке тарту қаупі, есірткіні сатып алу мүмкіндігінің болмауы, тұрағының ауысуына және айналасын қоршаған нашакорлар мен есірткі сатушылардың агрессиясының ықпалынан шығып кетуі.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫ БАҚЫЛАУ

О. В. Лаврентьев

Мақалада НМӨП РҒПО ақпарат, талдау және ғылыми зерттеулер менеджменті бөлімі қызметінің негізгі жағдайлары суреттелген. Қазақстан Республикасында наркологиялық жағдайларды бақылаудың мақсаттары, міндеттері, құрылымы және негізгі нәтижелері келтірілген.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ДӘРІМЕН ТҮЗЕТУ БӨЛІМШЕСІ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУДЫҢ АЛҒАШҚЫ КЕЗЕҢІ СИЯҚТЫ

А. Н. Рамм, А. А. Құсаинов

Мақала НМӨП РҒПО-ның психотерапия және дәрімен түзету бөлімшесі медициналық-әлеуметтік оңалтудың алғашқы кезеңі сияқты екенін бейнелеуге арналған. Қуаты, штаты, бөлімшенің жабдықталуы, сондай-ақ бөлімше қызметкерлері жасаған және қолданған технологиялар бейнеленеді.

RESUME

METHODOLOGY OF INTRODUCTION OF THE GENERAL QUALITY MANAGEMENT (TQM) IN SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

A. L. Katkov

In clause «Methodology of introduction of the General quality management (TQM) in system of the narcological help of the Republic Kazakhstan» by Katkov A. L. considers questions of adaptation of universal principles of a general quality management to activity of narcological establishments of the Republic Kazakhstan. Thus 4 groups of documents in which the named principles are analyzed: normative documents of a directive level, normative documents of a technological level, long-term strategic plans, operating plans. Considered principles are modified in view of real opportunities of development of modern narcological service, and also requirements of Order MH RK «About the organization of a cluster in system of the narcological help of the Republic Kazakhstan» № 559 from September, 17th, 2007. Use of the methodology stated in clause will promote scale and effective introduction of technologies TQM in activity of system of narcological help in the RK, and, finally, to essential improvement of quality of the specialized help to the population.

Keywords: the General quality management, main principles, methodology of introduction, narcological service.

ALCOHOL AND WAY OF LIFE OF THE SCHOOLBOY

R. A. Abzalova, K. G. Sharapatova

In clause authentic differences in a way of life of the schoolboys who had experience of the use of alcohol and not taken alcohol are given. So, the negative parties of behavioural risk factors authentically meet at the schoolboys had experience of the use of alcohol is more often.

ABOUT THE TECHNICIANS OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING IN PROGRAMS OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION

B. A. Azanova, B. U. Shyntaeva, A. K. Kalieva

Whether it is possible to change belief - to reject old and to accept new? How it to make? Neuro-linguistic programming has armed us effective technicians which allow to understand the latent mechanisms of action of belief and their systems, and then to change - with advantage for itself and associates. Neuro-linguistic programming can be applied successfully in programs of medico-social rehabilitation.

THE BASIC ASPECTS OF STUDYING OF THE ATTITUDE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES OF CHILDREN OF YOUNGER AND SENIOR SCHOOL AGE

O. G. Yusupov, Z. K. Musabekova

In present clause the analysis of scientific works on studying the attitude to psychoactive substances among the population is carried out, and the basic investigated components are described. The place and a role of such parameters, as demographic data, age of the first intoxication and its effect, sources of the information, motivation of familiarizing to psychoactive substances (PEAHENS), psychological health - antinarcotic stability, the social status are in detail considered. Also in work the methods of multivariate statistics used at research of the attitude of the population to psychoactive substances are shined.

SOMATONEUROLOGICAL INFRINGEMENTS AT AN ALCOHOLISM

O. V. Lavrentyev, A. D. Sarsenova, T. U. Saidov, S. K. Rakhmensheev

In clause are described following somatoneurological infringements at an alcoholism: diseases of a liver, a pancreas, a gastroenteric path, cardiovascular system; changes of the central and peripheral nervous system, a combination somatic and somatoneurological changes.

INFLUENCE OF PENITENTERIAN STRESS ON IMMUNOLOGICAL PARAMETERS AT NARCOLOGICAL PATIENTS AND IMMUNOTHERAPY OF RECOMBINANT INTERFERONS - ALPHA - 2

D. K. Nurmukanov, O. Z. Ilderbaev, A. T. Dzhandybaev,
N. R. Mamyrbekova, A. B. Kaliev, A. O. Akmaj, M. K. Kasymbekov

The purpose of research was studying influence penitenterian stress on dynamics of immunological parameters at the condemned narcological patients and Interferon immunotherapy. For the decision of the purpose 6 groups of penitenterian contingent depending on term of a finding in CLE (Establishment OV156/15, Families) have been chosen. In parallel with II on VI groups penitenterian patients it was appointed Interferon. On an initial stage of a finding in CLE at patients changes which were characterized by insignificant stimulation protectively - adaptive mechanisms of an organism are revealed. In the subsequent periods the exhaustion of reserve opportunities is noted.

Application of Interferon for narcological patients is rather perspective direction in perfection of strategy of treatment of this disease on a background of penitenterian stress and its preventive maintenance of immunodeficient complications. Immunotherapy was characterized by expressed immunomodulative action, on all periods of penitenterian stress, on time of a finding in ITU.

INFLUENCE OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF INTRAHOSPITAL ANAESTHETIZATION ON PARAMETERS OF REMISSION (EXPERIENCE OF APPLICATION OF A PREPARATION «ANTAKSON» ON THE BASIS OF RSPC MSPN)

A. N. Ramm, A. A. Kusainov, V. V. Bashilov

In clause data about results of use of a preparation «Antakson» (naltrexon hydrochloride) at a hospital stage for treatment of patients with heroin narcotism are cited. Theoretically proves and practically efficiency of such aspect of application of a preparation, as preventive maintenance of intrahospital anaesthetization (with a view of the prevention of relapses of disease at early stages of medical-rehabilitation process) proves to be true.

FEATURES OF THERAPY OF MENTAL INFRINGEMENTS AT NARCOTIC DEPENDENCE

A. D. Sarsenova, E. N. Mironov, L. B. Baktybaeva, O. V. Lavrentyev

In clause the mechanism of occurrence of infringements of mental functions is described at narcotism and the review of approaches to pharmacological influence on mental infringements at narcotic dependence is offered.

PROSPECTS OF APPLICATION OF PREPARATION RESPIDON-3 IN A NARCOLOGICAL PRACTICE

O. V. Lavrentyev

In clause the characteristic modern atypical neuroleptics is given, application of preparation Respidon (risperidon) in a psychiatric narcological practice is described, prospects of use of preparation Respidon-3 are estimated.

EFFICIENCY OF HOSPITALIZATION SICK WITH HEROIN NARCOTISM

V. N. Danevich, Z. N. Kairgeldinova,
V. V. Garilev, B. U. Shyntaeva, A. K. Kalieva

In clause questions of hospitalization of heroin narcotisms are considered. Duration of stay in a hospital of these patients is discussed. Long remissions at them have been caused purely by social factors - danger of attraction to the criminal liability, absence of an opportunity of looking for drugs, change of a residence and leaving from influence of aggressive environments of addicts and drug-dealers.

MONITORING OF A NARCOLOGICAL SITUATION IN THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

O. V. Lavrentyev

In clause substantive provisions of activity of a department of the information, the analysis and management of scientific researches of RSPC MSPN are described. The purposes, problems, structure and the basic results of monitoring of a narcological situation in the Republic Kazakhstan are resulted.

BRANCH OF PSYCHOTHERAPY AND MEDICAMENTOUS CORRECTION, AS THE FIRST STAGE OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION

A. N. Ramm, A. A. Kusainov

Clause is devoted to the description of branch of psychotherapy and medicamentous correction, as first stage of medico-social rehabilitation RSPC MSPN. Capacities, staffs, equipment of branch, and also the branches of technology developed and used by employees are described.