
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том VI № 1

2006

Павлодар

Редакционная коллегия:

д.м.н. С. А. Алтынбеков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н. М. Абдиров; к.м.н. Г. Х. Айбасова; 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. Жужжанов; профессор Н. Т. Измаилова; профессор, д.м.н. А. Л. Катков; д.м.н. С. А. Нурмагамбетова; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; к.м.н. А. Ю. Толстикова; профессор А. А. Чуркин

Редакционный совет:

А. А. Аканов (Астана); Ю. В. Валентик (Москва); Е. А. Досаев (Астана); 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); Х. А. Сагын (Астана); В. В. Соложенкин (Бишкек); Л. А. Степанова (Томск); М. З. Таргакова (Алматы); 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(3182) 57-29-40.
E-mail: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КА А СТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

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

Том VI
№ 1
2006 год

выходит
4 раза в год

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Катков А. Л.
Наркологическая служба Республики Казахстан. Проблемы, пути совершенствования. 7-22

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ескалиева А. Т.
Нарушения социально-психологической адаптации при ВИЧ-инфекции 23-24
Комарова О. Н., Катков А. Л.
Исследование базисных потребностей и реального сектора услуг, предоставляемых наркозависимым ЛЖВС 24-33

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ескалиева А. Т.
Клинико-эпидемиологические предпосылки ВИЧ-инфицирования в семьях потребителей инъекционных наркотиков 34-35
Кузнецов А. П., Прокудина О. В., Колесникова О. А., Мухтарова Ф. Г., Шмакова Т. И., Тюлендина Н. С.
Многоступенчатая система антинаркотической профилактики молодежи 35-37

КЛИНИКА

Ескалиева А. Т.
Клинико-социальные характеристики ВИЧ - инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в Карагандинской области 38-39
Жанузаков М. А.
Соматические аспекты героиновой наркомании (обзор литературы) 39-45
Каражанова А. С., Сексенова Ж. Х., Мусин Д. С.
Закономерности формирования зависимости от токсических и других психоактивных веществ в возрастном аспекте 46-51
Киспаева Т. Т., Минбаев С. К., Омарова Ж. К., Шинтемирова К. П.
Применение препарата Мексидол в комплексном лечении острых токсических энцефалопатий на фоне отравления суррогатами алкоголя 51-53
Кожжахметова Б. А., Ескалиева А. Т., Горбунова Г. П.
Случай патологического влечения к азартным играм на фоне алкогольной зависимости 53-54

<i>Кузнецов А. П., Прокудина О. В., Колесникова О. А., Шмакова Т. И., Мухтарова Ф. Г.</i>	
Нормотимики в терапии патологического влечения к алкоголю	55-56
<i>Маринина Е. А., Габдракипова Р. Ф., Хван Е. Э., Кожяхметова Б. А., Мажитова Д. К.</i>	
О результатах применения флуоксетина в амбулаторных условиях в диспансерном отделении ОНЦ г. Караганды	56-57
<i>Минько Н. В., Куржаев Р. С.</i>	
Опыт применения налтрексона в лечении алкогольной зависимости	57-59
<i>Хван Е. Э., Габдракипова Р. Ф., Маринина Е. А., Кожяхметова Б. А., Мажитова Д. К.</i>	
Опыт применения продепа в лечении алкоголизма в амбулаторных условиях диспансерного отделения КОНЦ	59-60

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Кузнецов А. П., Прокудина О. В., Мухтарова Ф. Г., Колесникова О. А., Шмакова Т. И., Тюлендина Н. С., Сомусев Е. В.</i>	
Опыт работы телефонной консультативной службы Костанайского областного наркологического диспансера	61-62
<i>Маханова С., Байтокаева К., Тогызбаева Г., Ибрашева Г.</i>	
Об оказании психологической помощи в Кызылординском областном наркологическом центре	63
<i>Оспанова С. А., Ескалиева А. Т., Кожяхметова Б. А.</i>	
Деятельность работы приемного покоя Карагандинского областного наркологического центра	63-65
<i>Темиргалиева Д. Б., Карибаева А. К., Кожяхметова Б. А.</i>	
Практический опыт деятельности отделения медико-социальной реабилитации в Карагандинском регионе	65
<i>Резюме</i>	66-73

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:	
	EDITORIAL ARTICLES
	<i>Katkov A. L.</i> Narcological service of Republic of Kazakhstan. Problems, ways of perfection. 7-22
	BASIC RESEARCHES
THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN	<i>Eskalieva A. T.</i> Abnormalities of social-psychological adaptation at HIV-infection 23-24
	<i>Komarova O. N., Katkov A. L.</i> Study of basic needs and real sector of service rendering to HIV-infected drug addicts 24-33
	PREVENTION AND REHABILITATION
RPE “REPUBLICAN SCIENTIFIC-AND- PRACTICAL CENTER OF MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF ADDICTION”	<i>Eskalieva A. T.</i> Clinic-epidemiological preconditions of HIV-infecting in families of injecting drug users 34-35
	<i>Kuznetsov A. P., Prokudina O. V., Kolesnikova O. A., Muhtarova F. G., Shmakova T. I., Tyulendina N. S.</i> Multistage system of antinarcotic prevention among youth 35-37
	CLINIC
	<i>Eskalieva A. T.</i> Clinic-social characteristics of HIV-infected injecting drug users in the Karaganda region 38-39
	<i>Zhanuzakov M. A.</i> Somatic aspects of heroin addiction (the review of the literature) 39-45
	<i>Karazhanova A. S., Seksenova Z. H., Musin D. S.</i> Laws of formation of dependence from toxic and others psychoactive substances in age aspect 46-51
	<i>Kispaeva T. T., Minbaev S. K., Omarova Z. K., Shintemirova K. P.</i> Application of the Mexidol preparation in complex treatment of acute toxic encephalopathies on a background of venenating with alcohol substitutes 51-53
Volume VI № 1 2006	<i>Kozhahmetova B. A., Eskalieva A. T., Gorbunova G. P.</i> Case of gambling on a background of alcoholic dependence 53-54
	<i>Kuznetsov A. P., Prokudina O. V., Kolesnikova O. A., Shmakov T. I., Muhtarova F. G.</i> Normothymics in therapy of pathological inclination for alcohol 55-56
Published 4 times in a year	

<i>Marinina E. A., Gabdrakipova R. F., Hvan E. E., Kozhahmetova B. A., Mazhitova D. K.</i>	56-57
About results of application Fluoxitin in out-patient conditions	
<i>Minko N. V., Kuzhaev R. S.</i>	57-59
Experience of application naltrexon in treatment of alcoholic dependence	
<i>Hvan E. E., Gabdrakipova R. F., Marinina E. A., Kozhahmetova B. A., Mazhitova D. K.</i>	59-60
Experience of application prodep in treatment of alcoholism in out-patient conditions	

ORGANIZATION OF NARCOLOGICAL SERVICE

<i>Kuznetsov A. P., Prokudina O. V., Muhtarova F. G., Kolesnikova O. A., Shmakova T. I., Tyulendina N. S., Somusev E. V.</i>	61-62
Operational experience of hot line service of Kostanay regional narcological clinic	
<i>Mahanova S., Baitokaeva K., Togyzbaeva G., Ibrasheva G.</i>	63
About rendering of the psychological service in Kyzylorda regional narcological center	
<i>Ospanova S. A., Eskalieva A. T., Kozhahmetova B. A.</i>	63-65
Activity of an accident service of the Karaganda regional narcological center	
<i>Temirgalieva D. B., Karibaeva A. K., Kozhahmetova B. A.</i>	65
Practical experience of activity of department of medico- social rehabilitation in the Karaganda region	
<i>Summeries</i>	66-73

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН. ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.

д.м.н, проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

1. Данные официальной статистики и эпидемиологических исследований

а период (1991-2004 г.г.) распространение зависимости от психоактивных веществ обрело характер неуправляемого эпидемического процесса (рост общей наркологической заболеваемости в соотношении 6,78, по профилю алкогольной зависимости в 5,83, по

профилю наркотической зависимости в 16,1 раза; рост общей наркологической болезненности в соотношении 0,19, по профилю алкогольной зависимости в 1,58 раза, по профилю наркотической зависимости в 12,05 раза) - таблицы 1-2 демонстрируют динамику показателей наркологической заболеваемости и болезненности в Республике Казахстан за период 1991-2004 г.г.

Таблица 1

Первичная наркологическая заболеваемость в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан на период 1991-2004 г.г.

регион / годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Республика Казахстан	59,6	50,9	62,7	60,7	90,8	114,0	297,5	271,7	260,7	294,9	342,7	419,7	424,7	404,1

Таблица 2

Контингент больных психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, находящихся под наблюдением, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан на период 1991-2004 г.г.

регион / годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Республика Казахстан	1046,9	999,1	992,8	984,8	1006,9	1032,6	1469,2	1525,7	1634,6	1725,6	1814,6	1921,8	1982,6	2002,9

Масштабы распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан в 2004 году достигли критического уровня: 4,8% от населения РК является зависимыми от ПАВ (1,7% - наркозависимыми, 3,1% - зависимыми от алкоголя).

Наиболее уязвимыми группами населения в отношении вовлечения в зависимость от психоактивных веществ является восходящее поколение населения РК – молодежь, подростки, дети. Темпы заболеваемости по наркологическому профилю, включая алкогольную и наркотическую зависимость, наиболее высокие среди детского населения РК (рост в соотношении 10,2 по результатам 1999-2004 г.г. по общенаркологическому профилю; в 21,4 – по профилю алкогольной зависимости; в 7,3 – по профилю наркотической зави-

симости). В тоже время по объемному значению показателей распространения алкогольной и, особенно, наркотической зависимости наиболее уязвимым контингентом среди данной группы выступают подростки.

Среди основных тенденций в сфере распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения РК в период 1991-2004 г.г. выделяются следующие:

- опережающие темпы роста распространения наркотической зависимости среди населения РК в целом (рост заболеваемости в 16,1, болезненности в 12,05 раза);

- выравнивание весовых соотношений по профилю алкогольной и наркотической зависимости среди населения РК в целом (динамика весового соотношения заболеваемости от показателя 16,84 в

1991 г. до пока ате я 6,16 в 2004 году) с сохраняющимся объемным превосходством алкогольной зависимости;

- опережающие темпы роста распространения алкогольной зависимости за три последних года (1999-2004 г.г.) среди детского и подросткового населения, при сохранении исключительно высокого темпа роста заболеваемости и болезненности по профилю наркозависимости;

- изменение весовых соотношений по профилю алкогольной и наркотической зависимости среди детского и подросткового населения РК в пользу алкогольной зависимости, что свидетельствует о бурном росте подросткового и детского алкоголизма в РК.

II. Структура и динамика развития наркологической помощи

Основные тенденции в изменении структуры наркологической помощи населению Республики Казахстан в рассматриваемый период сводились к двум полярным процессам: сворачивание заведомо неэффективных и дублирующих структур в государственном секторе здравоохранения (наркологических больниц, отделений, коек, фельдшерских пунктов); сворачивание структур, финансирование которых было затруднено (наркологических диспансеров, кабинетов, специализированных кабинетов). В таблице 3 отражена динамика обеспеченности койками наркологического профиля населению Республики Казахстан в анализируемый период.

Таблица 3

Обеспеченность населения Республики Казахстан наркологическими койками а период 1991 – 2004 г.г. (в абсолютных числах и показателях на 10 000 населения)

регион / годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Республика Казахстан	<u>5010</u> 30	<u>3770</u> 22	<u>3425</u> 20	<u>2795</u> 17	<u>5290</u> 32	<u>5383</u> 33	<u>4567</u> 29	<u>4415</u> 28	<u>3560</u> 24	<u>3575</u> 24	<u>4150</u> 28	<u>4380</u> 29	<u>4625</u> 31	<u>4735</u> 32

Следует отметить, что после нижнего пика 1998-1999 г.г., когда объемы государственной наркологической помощи снизились до критических, динамика в отношении основных организационных структур госу-

дарственной наркологической службы стала положительной. На таблице 4 отражена современная структура наркологической помощи населению Республики Казахстан в государственном секторе здравоохранения.

Таблица 4

Общая структура специализированной, государственной наркологической помощи населению Республики Казахстан по данным на конец 2004 г.

Республика Казахстан	диспансеры	СЛПу	Наркоотделения психбольниц	Наркоотд в городских и районных больницах	наркокабинеты	Фельдшерские пункты, в т.ч. на предприят.	Спец. наркокабинеты	Республиканские учреждения
РК	20	9	8	1	179	3	75	-
Акмолинская	1	1	1	-	17	-	1	-
Актюбинская	1	1	-	-	12	1	4	-
Алматинская	1	-	1	-	19	-	7	-
Атырауская	1	-	-	-	5	-	4	-
Восточно-Казахстанская	2	1	3	-	19	2	11	-
Жамбылская	1	-	-	-	9	-	4	-
Западно-Казахстанская	1	1	-	-	14	-	6	-
Карагандинская	3	2	2	-	19	-	8	-
Кызылординская	1	-	-	-	7	-	3	-
Костанайская	1	-	1	-	13	-	4	-
Мангистауская	1	1	-	-	5	-	4	-

Республика Казахстан	диспансеры	СЛПу	Наркоотделения психобольниц	Наркоотд в городских и районных больницах	наркокабинеты	Фельдшерские пункты, в т.ч. на предприятиях.	Спец. наркокабинеты	Республиканские учреждения
Павлодарская	2	-	-	1	11	-	7	-
Северо-Казахстанская	1	1	-	-	10	-	3	-
Южно-Казахстанская	1	1	-	-	19	-	4	-
г. Алматы	1	-	-	-	-	-	2	-
г. Астана	1	-	-	-	-	-	3	-
Республиканские учреждения								1

Другая отчетливая тенденция – развитие негосударственной сети учреждений (кабинеты, поликлиники, стационары, полустационары, реабилитационные

центры, общественные объединения и фонды с консультативными функциями и функциями социальной поддержки) наркологического профиля (таблица 5).

Таблица 5

Структура негосударственных наркологических учреждений и количество мест в них в системе наркологической помощи населению Республики Казахстан по данным на конец 2004 г.

Регионы типы и кол-во учреждений	Наркол. кабинеты	Психотер. кабинеты	Наркологические поликлиники (амбулатории)	Наркологические стационары и полустационары	Наркологические реабилитационные центры	Общественные фонды и организации социально-профилактической направленности
Республика Казахстан	55	5	25	22 (до 170 мест)	5 (до 130 мест)	13
Акмолинская	-	-	-	-	-	-
Актюбинская	-	1	4	2	-	-
Алматинская	-	-	-	-	-	-
Атырауская	-	-	-	-	-	-
Восточно-Казахстанская	8	-	-	-	-	-
Жамбылская	-	-	1	1	1	-
Западно-Казахстанская	2	1	-	-	-	-
Карагандинская	8	-	-	-	1	-
Кызылординская	3	-	-	-	-	-
Костанайская	7	1	-	-	-	2
Мангыстауская	-	-	-	-	-	-
Павлодарская	-	1	1	-	-	5
Северо-Казахстанская	2	1	-	-	-	2
Южно-Казахстанская	2	-	-	-	-	-
г. Алматы	21	-	19	19	3	4
г. Астана	2	-	-	-	-	-

Вместе с тем, оба вышеназванных сектора наркологической помощи не обеспечивают необходимого объема ее оказания и охвата населения соответствующими профилактическими мероприятиями.

Ситуация с кадровой обеспеченностью в системе наркологической помощи Казахстана (врачебные кадры) улучшалась начиная с периода 1998-1999 г.г. (таблица 6).

Таблица 6

Обеспеченность населения Республики Казахстан врачами наркологами на период 1991 – 2004 г.г. (занятые должности, физические лица, показатель обеспеченности на 10 000 населения)

регион / годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Республика Казахстан	624/437 0,3	630/371 0,2	595/322 0,2	544/295 0,2	610/342 0,2	622/371 0,2	586/392 0,2	588/404 0,3	514/377 0,3	511/409 0,3	633/478 0,3	692/534 0,4	716/526 0,4	757/594 0,4

В тоже время спецификация и квалификация специалистов, действующих в данной сфере, явно недостаточна для реализации современных реабилитационных технологий. Речь идет о специалистах бригады медико-социальной реабилитации – психотерапевтах, психологах, социальных работниках, консультантах-волонтерах, специалистах в области трудового обучения, ЛФК.

III. Основные технологии наркологического сервиса

При исследовании сектора антинаркотических услуг, реально представленных в социальном секторе РК, нами выявлено наличие следующих системных уровней противодействия распространению наркотической зависимости в Республике: уровень первичной дифференциации противодействующих усилий; уровень социальных антинаркотических стратегий и принципов; уровень ведомственной ответственности за разработку и реализацию соответствующих антинаркотических программ; уровень специализированных профилактических технологий; уровень системно-интегративного анализа антинаркотической активности.

Основными тенденциями в сфере развития технологий, используемых в антинаркотической деятельности государственного и негосударственного сектора, является их ориентация на медикаментозную терапию и детоксикацию, и в значительно меньшей степени – другие методы лечения (психотерапия, психологическое консультирование, фитотерапия, гомеопатия и т.д.). Реализация полноценных реабилитационных курсов для зависимых от психоактивных веществ в Республике Казахстан – явление единичное. Чаще используются фрагменты образовательных или поддерживающих социальных программ.

При анализе сектора первично-профилактических услуг, реализуемых в РК, нами было установлено, что: до 75% населения, в целом, охвачено первично-профилактическими программами антинар-

котического направления; до 60% населения получают такого рода информацию через СМИ (в основном, через республиканские каналы); до 50% населения получают антинаркотическую информацию по несколько раз в году. В то же время до 70% первоначально вовлекаемых в орбиту химической зависимости, по результатам наших исследований (выборка 483 первичных пациентов), знали о возможных негативных последствиях наркопотребления, в том числе и таких, как возникновение тяжелой зависимости, риске заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном употреблении наркотика, ранней инвалидизации и смертности. Данная информация (как и в общей популяции), в основном, доставлялась по мобильным опосредованным информационным каналам (СМИ). В гораздо меньшей степени контингент наркозависимых лиц был охвачен антинаркотическими мероприятиями (от 5 до 7%) по линии стабильных, непосредственных информационных каналов (контактные аудитории). В целом было отмечено крайне незначительное (по сравнению с потенциально-возможным) использование стабильно-непосредственных информационных каналов. В том числе таких важных, как семья (2%) и учреждения образования (11%), незначительный масштаб использования таких технологий, как превентивные диагностические технологии, административные технологии, системные технологии. Технологии первичной дифференциации по степени антинаркотической устойчивости, и формировании, на данной основе, соответствующих контактных аудиторий и профилактических программ используются незначительно.

Таким образом, эффективность технологий первичной профилактики распространения наркозависимости, конструктивно влияющих на рискованное поведение индивида, не может быть признана удовлетворительной.

Анализ доступности и качества сектора вторично-профилактических услуг, оказываемых в системе наркологической помощи Республики Казахстан, представлен в таблице 7.

Дифференцировая характеристика доступности услуг аркологического профиля в зависимости от формы (режима) их оказания в Республике Казахстан а ко ец 2002 г.

№	Профиль и название услуг	общий сектор	стационарное добровольное	стационарное принудительное	полустационарное	амбулаторное	внедиспансерное
		n=1661	n=412	n=256	n=118	n=673	n=202
1.	<i>Диагностические технологии</i>						
1.1	–клинико-психопатологическая диагностика;	97	100	100	100	100	79,2
1.2	–экспериментально-психологическая диагностика;	2,5	9,6	0,8	0,2	0,1	–
1.3	–клиническая диагностика;	44	98,2	99,8	61,3	0,3	–
1.4	–клинико-биохимическая диагностика;	11,3	32,4	16,9	8,6	0,2	–
1.5	–клинико-иммунологические исследования;	46,7	86,4	80,1	71,3	17,8	6,3
1.6	–бактериологическая и вирусологическая диагностика, включая тестирование на ВИЧ/СПИД;	29	67,2	48,8	27,7	7,3	0,8
1.7	–нейрофизиологическая диагностика;	3,1	11,8	0,7	0,4	0,3	–
1.8	–лучевая (рентгенологическая и УЗИ) диагностика;	2,3	6,1	5,0	0,1	–	–
1.9	–эндоскопическая диагностика;	0,1	0,3	0,1	–	–	–
1.10	–многопрофильное консультирование (терапевтический, хирургический профиль, профиль инфекционных заболеваний, ЗПП, фтизиатрии и т.д.) с использованием соответствующих специальных диагностических методов;	24,5	56,2	68,3	2,3	0,1	–
1.11	–идентификация психоактивных веществ в биологических жидкостях и тканях организма.	1,2	4,4	0,8	–	–	–
2	<i>Консультационные технологии</i>						
2.1	–психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование);	0,4	0,8	0,1	0,6	0,3	0,1
2.2	–семейное консультирование (включая консультирование созависимых);	0,2	0,1	–	0,1	0,1	0,1
2.3	–социальное консультирование (здесь имеется в виду профиль специализированных социально-тренинговых практик);	0,1	0,1	–	0,1	–	–

№	Профиль и название услуг	общий сектор	стационарное добровольное	стационарное принудительное	полустационарное	амбулаторное	внедиспансерное
		n=1661	n=412	n=256	n=118	n=673	n=202
2.4	–реабилитационное консультирование;	-	-	-	-	-	-
2.5	–клинико-наркологическое консультирование (здесь имеются в виду первичные консультации врача-нарколога лицам с проблемами химической зависимости, или их родственникам и близким).	84,4	86,4	81,2	84,8	83,3	88,6
3	<i>Мотивационные технологии</i>						
3.1	–мотивационное интервью;	0,2	0,1	-	0,1	0,3	-
3.2	–мотивационное консультирование;	0,8	0,7	-	0,3	1,7	0,8
3.3	–мотивационная психотерапия (по В.Миллеру С.Рольнику)	0,4	1,8	-	-	-	-
4	<i>Тренинговые технологии</i> (социально-психологические и социальные тренинги с зависимыми, созависимыми лицами)	5,4	14,2	5,1	7,7	1,6	0,4
5	<i>Психотерапевтические технологии</i> (психотерапия зависимых лиц и созависимых)						
5.1	–манипулятивные методы психотерапии (гипнотерапия, стресс-шоковая психотерапия, аверсионная психотерапия, плацебо-терапия);	7,5	8,2	0,6	4,3	10,3	8,7
5.2	–недирективные методы (рациональная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, групповая психотерапия);	11,1	14,2	6,2	8,4	12,6	9,4
5.3	–синтетические методы (семейная психотерапия, интегративно-развивающая психотерапия).	1,4	2,4	-	-	2,1	0,7
6	<i>Технологии детоксикации</i> (широко используются как в амбулаторных, так и стационарных условиях):						
6.1	–инфузионные методы (интракорпоральная детоксикация);	14,7	38,2	18,2	16,4	3,2	0,7
6.2	–классические, психофармакологические методы;	62,3	89,1	73,4	54,5	47,3	48,9
6.3	–методы заместительной терапии;	-	-	-	-	-	-

№	Профиль и название услуг	общий сектор	стационарное добровольное	стационарное принудительное	полустационарное	амбулаторное	внедиспансерное
		n=1661	n=412	n=256	n=118	n=673	n=202
6.4	–экстракорпоральная (хирургическая) детоксикация;	0,1	0,1	–	–	–	–
6.5	–ускоренная детоксикация.	–	–	–	–	–	–
7	<i>Технологии медикаментозной терапии зависимости</i>						
7.1	–психофармакотерапия (использование нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных);	68	82,3	61,4	79,6	62,4	59,8
7.2	–медикаментозная терапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма (использование ноотропов, аминокислот, сосудистых препаратов);	11,6	18,1	8,8	14,5	10,1	6,3
7.3	–антагонистическая медикаментозная терапия (использование препаратов класса налксон, налтрексон и др.);	0,1	–	–	–	0,1	0,2
7.4	–сопутствующая медикаментозная (симптоматическая) терапия, направленная на улучшение общего гомеостаза и ресурсного статуса организма (использование анальгетиков, вегетостабилизирующих препаратов, гормональных препаратов, витаминов, сосудистых средств, ферментов, других катализаторов нормативной биологической активности).	31,6	64,0	21,8	27,3	21,8	14,4
8	<i>Физиотерапевтические технологии лечения наркотической зависимости :</i>						
8.1	–специфическая терапия синдрома зависимости и постабстинентного синдрома (используются такие методы как экстракраниальная стимуляция, электросон и др.);	14,4	32,8	16,2	17,8	6,3	0,8
8.2	–симптоматическая терапия.	5,5	20,7	2,3	1,8	–	–
9	<i>Рефлексотерапевтические технологии лечения наркотической зависимости :</i>						
9.1	–рефлексотерапия абстинентного синдрома;	2,4	0,8	–	1,8	4,5	3,0
9.2	–рефлексотерапия синдрома зависимости;	1,7	–	–	0,8	3,6	2,1
9.3	–симптоматическая рефлексотерапия.	–	–	–	–	–	–

№	Профиль и название услуг	общий сектор	стационарное добровольное	стационарное принудительное	полустационарное	амбулаторное	внедиспансерное
		n=1661	n=412	n=256	n=118	n=673	n=202
10	<i>Технологии гомеопатической терапии наркотической зависимости:</i>						
10.1	–гомеопатическое лечение абстинентного синдрома;	0,1	-	-	-	0,3	0,1
10.2	–гомеопатическое лечение синдрома зависимости;	0,1	-	-	-	0,1	0,1
10.3	–гомеопатическая симптоматическая терапия.	-	-	-	-	-	-
11	<i>Технологии лечения коморбидной соматической патологии:</i>						
11.1	–стандартный набор технологий, используемых для лечения коморбидной патологии, наиболее часто встречающихся у наркозависимых (гепатиты В, С; поражение паренхиматозных органов разной степени тяжести; гнойничковые заболевания; флебиты; ЗПП, другие инфекции, включая туберкулез).	25,3	42,7	28,9	33,1	17,4	9,5
12	<i>Реабилитационные технологии:</i>						
12.1	–амбулаторные реабилитационные программы (комплексные, включающие детоксикационный этап, этап социальной реабилитации);	-	-	-	-	-	-
12.2	–амбулаторные реабилитационные программы, включающие этап социальной реабилитации;	-	-	-	-	-	-
12.3	–стационарные реабилитационные программы с полным комплексом;	0,3	1,2	-	-	-	-
12.4	–стационарные реабилитационные программы с неполным комплексом (предварительный этап детоксикации проводится в лечебных учреждениях наркологического профиля).	0,5	2,4	-	-	-	-
12.5	–реабилитационные программы с режимом полного воздержания от наркопотребления;	0,8	3,6	-	-	-	-
12.6	–реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ;	-	-	-	-	-	-

№	Профиль и название услуг	общий сектор	стационарное добровольное	стационарное принудительное	полустационарное	амбулаторное	внедиспансерное
		n=1661	n=412	n=256	n=118	n=673	n=202
12.7	–реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов.	-	-	-	-	-	-
13.	<i>Экспертные технологии :</i>						
13.1	–экспертиза наркотического опьянения;	1,3	4,3	2,1	-	-	-
13.2	–судебно-наркологическая экспертиза;	2,7	0,1	-	-	6,7	-
13.3	–военная наркологическая экспертиза;	2	0,5	-	-	-	-
13.4	–трудовая наркологическая экспертиза.	7,5 (оформление временной нетрудоспособности)	21,8	-	11,3	3,4	-
14	<i>Противорецидивные технологии :</i>						
14.1	–противорецидивные социальные и социально-психологические тренинги;	-	-	-	-	-	-
14.2	–противорецидивное психологическое консультирование;	-	-	-	-	-	-
14.3	–противорецидивная психотерапия;	-	-	-	-	-	-
14.4	–противорецидивная медикаментозная терапия.	4,3	-	-	6,7	7,3	8,1
15	<i>Технологии социальной поддержки :</i>						
15.1	–юридические услуги;	1,3	2,4	1,8	1,8	1,0	0,6
15.2	–консультирование по социальным проблемам;	0,4	0,4	-	0,1	0,7	0,1
16.3	–жилищные программы;	-	-	-	-	-	-
16.4	–профессиональное обучение;	-	-	-	-	-	-
16.5	–предоставление рабочих мест;	-	-	-	-	-	-
16.6	–предоставление материальной помощи.	-	-	-	-	-	-
17	<i>Информационно-образовательные профильные технологии :</i>						
17.1	–использование в лечебно-реабилитационных печатных изданиях с адекватной информацией (буклеты, плакаты, брошюры);	4,7	2,1	1,8	2,6	10,5	-3,0

№	Профиль и название услуг	общий сектор	стационарное добровольное	стационарное принудительное	полустационарное	амбулаторное	внедиспансерное
		n=1661	n=412	n=256	n=118	n=673	n=202
17.2	–использование в лечебно-реабилитационных целях специальной видеопродукции;	0,7	0,1	0,1	0,1	1,2	0,7
17.3	–использование в лечебно-реабилитационных целях передачи адекватной информации в непосредственном контакте – лекциях, беседах, тематических группах	18,6	26,1	21,5	23,4	23,4	-18,6

Из данной таблицы следует однозначный вывод об ограниченной доступности наиболее эффективных классов услуг данного сектора в режимах оказания наркологической помощи с низким порогом доступа. Сведения о низком качестве и ограниченной продолжительности ремиссии у наркозависимых после соответствующих курсов лечения (по нашим данным показатель ремиссии в исследуемой группе наркозависимых, за исключением лиц, проходивших лечение в РНПЦ МСПН, в течение года составил

6,78%) представляются закономерным следствием вышеописанной структуры услуг рассматриваемого профилактического сектора. Таким образом, эффективность наркологических услуг сектора вторичной профилактики наркозависимости оценивается как недостаточная.

Анализ доступности и качества сектора третично-профилактических услуг, оказываемых в системе наркологической помощи Республики Казахстан, представлен в таблице 8.

Таблица 8

Сравнительная характеристика доступа к услугам сектора третичной профилактики аркозависимости, оказываемым в различных режимах реализации программ снижения вреда в Республике Казахстан на конец 2002 г.

№	Профиль и название услуг	Доступность в % пользования			
		общая	стационарная	уличные	амбулаторная
		n=525	n=271	n=69	n=185
1	<i>Информационные услуги:</i>				
1.1	–знакомство с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера;	49,9	78,3	16,2	21,1
1.2	–знакомство с профильной видеопродукцией;	8,1	16,1	–	–
1.3	–информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми.	61,5	89,2	27,8	35,8
2	<i>Предоставление материалов:</i>				
2.1	–обмен игл;	21,9	27,5	11,2	18,5
2.2	–обмен шприцев;	80,2	74,2	85,6	87,2
2.3	–раздача презервативов;	72,1	78,2	62,6	68,1

№	Профиль и название услуг	Доступность в % пользования			
		общая	стационарная	уличные	амбулаторная
		n=525	n=271	n=69	n=185
2.4	–раздача дезинфекционных материалов;	48	53,6	27,4	48,3
2.5	–раздача информационных материалов.	58,6	68,3	42,3	51,2
3	<i>Профильное обучение зависимых от наркотиков:</i>				
3.1	–безопасные инъекции;	43,2	51,2	3,4	48,8
3.2	–профилактика передозировок;	24,1	27,5	5,1	27,5
3.3	–безопасный секс;	24,1	30,8	6,2	21,9
3.4	–обучение созависимых.	3,0	1,5	–	6,7
4	<i>Социальная помощь и поддержка:</i>				
4.1	–материальная помощь;	–	–	–	–
4.2	–юридические услуги;	2,1	4,3	–	–
4.3	–консультирование по социальным вопросам;	7,8	13,4	0,8	2,3
4.4	–жилищные программы;	–	–	–	–
4.5	–профессиональное обучение;	–	–	–	–
4.6	–предоставление рабочих мест.	–	–	–	–
5	<i>Консультационные технологии:</i>				
5.1	–психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование);	30,3	56,1	3,7	2,6
5.2	–семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых);	1,7	2,5	–	2,1
5.3	–социальное консультирование (направленное на улучшение социализации больных наркоманией);	35,6	63,6	–	8,3
5.4	–реабилитационное консультирование;	36	29,2	8,2	6,6
5.5	–врачебно-наркологическое консультирование.	6,3	12	1,3	–
6	<i>Диагностические технологии:</i>				
6.1	–многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили);	4,3	8,6	–	–
6.2	–тестирование на ВИЧ/СПИД;	31,2	60,7	–	–
6.3	–клинико-психопатологическая диагностика;	6,2	12,1	1,3	–
6.4	–экспериментально-психологическая диагностика.	0,1	0,3	–	–
7	<i>Заместительная терапия:</i>	–	–	–	–
7.1	–заместительная терапия с использованием метадона;	–	–	–	–
7.2	–заместительная терапия с использованием бупри- норфина;	–	–	–	–
7.3	–заместительная терапия с использованием других препаратов.	–	–	–	–
8	<i>Мотивационные технологии:</i>				
8.1	–мотивационное интервью;	–	–	–	–
8.2	–мотивационное консультирование;	–	–	–	–
8.3	–мотивационная психотерапия (по В.Миллеру, С.Рольнику).	–	–	–	–
9	<i>Технологии амбулаторного лечения коморбидной патологии в дружественных кабинетах</i>	3,0	6,1	–	–
10	<i>Технологии стационарного лечения коморбидной па- тологии в дружественных отделениях</i>	–	0,7	–	–
11	<i>Реабилитационные технологии:</i>	–	–	–	–
11.1	–реабилитационные программы с режимом дозиро- ванного употребления наркосодержащих веществ;	–	–	–	–
11.2	–реабилитационные программы, предусматриваю- щие режим заместительной терапии для резидентов.	–	–	–	–

При анализе сектора третично-профилактических услуг, реализуемых в РК, анализ параметров перечня, объема (охват целевых групп), качества по 11 классам используемых технологий, позволил установить, что услугами третично-профилактического профиля (оказываемые в режимах стационарных пунктов реализации программ снижения вреда; уличных проектов, аутрич) охвачено не более 1,6% от реального контингента наркозависимых. Во всех формах (режимах) третично-профилактической деятельности, реализуемой в РК, наиболее эффективный сектор услуг (психологическое и реабилитационное консультирование, мотивационное консультирование и мотивационная психотерапия) представлен либо крайне незначительно: до 8-9% охват наркозависимых, задействованных в программах третичной профилактики, либо не представлен вовсе (профиль мотивационного консультирования и психотерапии). Соответственно, один из главных показателей качества третично-профилактических программ – процент перевода наркозависимых из сектора третичной в сектор вторичной профилактики не достигает 1% от контингента, охваченного программами снижения вреда. Таким образом, эффективность наркологических услуг сектора третичной профилактики негативных последствий наркопотребления оценивается как недостаточная.

IV. Нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность системы наркологической помощи

Ниже представлен перечень нормативно-правовых актов, в той или иной степени регламентирующих деятельность лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля в Республике Казахстан.

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 февраля 1994 года № 445 «О мерах по реализации Закона Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД».

§ Указ Президента РК, имеющий силу закона, от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

§ Постановление Кабинета Министров Республики Казахстан от 19 апреля 1995 года № 514 «Вопросы принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения и их медико-социальной реабилитации (с изменениями внесенными постановлением Правительства РК от 30 мая 1997 № 906)».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 1995 года № 323 «О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, уклоняющихся от добровольного лечения».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 20 июня 1996 года за № 292 «Дополнение к приказу МЗ РК от 28.07.95 г. № 323 «О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения».

§ Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 16 мая 2000 г. № 394.

§ Постановление Правительства РК от 14 декабря 2000 года № 1845 «О создании Республиканского государственного казенного предприятия «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании» и Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 19 декабря 2000 года № 820 «Об улучшении мер по обеспечению противодействия распространения наркомании».

§ Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 2 марта 2001 года № 207 «Об открытии центров медико-социальной реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан» и Приказ Первого заместителя председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 2 марта 2001 года № 203 «Об утверждении положения о Центрах медико-социальной реабилитации больных наркоманией».

§ Закон Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-III «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2002 года за № 656 «О реализации Закона Республики Казахстан «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июля 2002 года за № 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 21 августа 2002 года за № 791 «О внедрении заместительной терапии».

§ Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 528 «Об утверждении Правил направления для освидетельствования на состояние опьянения, освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года за № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2003 г. № 577 «О внесении изменений в приказ Первого заместителя Пред-

седате я Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 2 марта 2001 года № 203».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2004 года № 150 «О внедрении периодических протоколов (стандартов) диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года «Об организации деятельности кабинетов анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года за № 228 «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков».

§ Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 апреля 2004 года № 411 «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2004-2005 годы (с изменениями, внесенными постановлением Правительства РК от 03.09.04 г. № 932)».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 июня 2004 года за № 637 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях)».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 июня 2004 года № 638 «Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условия содержания и объем помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 августа 2004 года за № 618 «Об утверждении Правил организации и проведения судебно-наркологической экспертизы».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 26 октября 2004 года за № 764 «Об утверждении типовой структуры и штатных нормативов наркологических организаций».

§ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 1 апреля 2005 года за № 167 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года за № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения»».

Следует отметить, что в продолжение 2004 – 2005 г.г. были разработаны нормативные документы, обеспечивающие совершенствование системы наркологической помощи в Республике Казахстан. Однако широкомасштабное внедрение структурных и технологических инноваций, предусмотренных в данных документах, будет возможно только с обеспечением соответствующего бюджетного финансирования, планируемого с 2006 г.

V. Стратегии совершенствования наркологической помощи

В соответствии с проектом государственной программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на период с 2006-2014 г.г. предусматривается реализация следующих опорных пунктов стратегии совершенствования наркологической помощи.

Задача 1. Совершенствование научно-информационной базы, обеспечивающей существенное повышение эффективности основных антинаркотических технологий.

Основные мероприятия:

- реализация программы фундаментальных и прикладных исследований в сфере изучения основных механизмов распространения современных социальных эпидемий (наркотической зависимости с сопутствующими ВИЧ/СПИДом; психологической зависимости с вовлечением в преступные, религиозно-экстремистские, террористические организации);

- реализация исследований, связанных с разработкой технологий формирования психологической устойчивости населения к вовлечению в поименованные социальные эпидемии и обеспечением эффективного блокирования их распространения на территории РК;

- организация ресурсного научно-информационного Центра УНП ООН по Центральной Азии на базе РНПЦ МСПН с целью разработки и трансляции по странам Центральной Азии наиболее эффективных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

- организация диссертационных советов при РНПЦ МСПН по специальностям «наркология», «клиническая психология» и «социальная психология».

Результат 1. Широкомасштабное внедрение инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, ресоциализации в деятельность учреждений здравоохранения и других учреждений социальной сферы. Существенное повышение эффективности антинаркотической деятельности в социальной сфере.

Задача 2. Совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей антинаркотическую деятельность в системе здравоохранения и в социальной сфере.

Основные мероприятия:

- дальнейшее развитие законодательства РК в области обеспечения психического и психологического здоровья (устойчивости) населения Казахстана, а также в сфере совершенствования деятельности системы психотерапевтической, консультативно-психологической, социально-психологической помощи в Республике;

- совершенствование Закона РК «О медико-социальной реабилитации больных наркоманией»;

- совершенствование Закона РК «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

нии» в части регламентации оказания специализированной помощи наркологическим больным;

- разработка соответствующих приказов МЗ РК, обеспечивающих исполнение названных законодательных актов;

- разработка приказов МЗ РК, утверждающих систему обновленных профессиональных стандартов (стандартов мониторинга наркологической ситуации, стандартов услуг, квалификационных и образовательных стандартов, стандартов организации наркологической помощи).

Результат 2. Эффективное регулирование антинаркотической деятельности учреждений здравоохранения и социальной сферы, повышение качества профильных услуг, оказываемых в системе наркологической помощи населению РК.

задача 3. Совершенствование организации наркологической помощи в Республике Казахстан.

Основные мероприятия:

- приведение структуры, технологии, штатного расписания и материально-технической базы наркологических ЛПУ Республики Казахстан в строгое соответствие с законодательно утвержденными стандартами организации современной наркологической помощи;

- приведение структуры, технологий, кадрового обеспечения учреждений (отделений, кабинетов) системы психотерапевтической, консультативно-психологической, социально-психологической помощи населению РК, непосредственно обеспечивающих формирование психологической устойчивости населения к вовлечению в современные социальные эпидемии, в соответствии с утвержденными профессиональными стандартами по данным спецификациям.

Результат 3. Существенное повышение эффективности деятельности системы наркологической, психотерапевтической, медико-психологической, консультативно-психологической и социально-психологической помощи в аспекте профильной антинаркотической деятельности; удлинение сроков и повышение качества ремиссии у зависимых от ПАВ

задача 4. Повышение уровня профессиональной подготовленности специалистов антинаркотического профиля, действующих в системе здравоохранения и социальной сфере.

Основные мероприятия:

- разработка и утверждение новых квалификационных и образовательных стандартов додипломной и последипломной подготовки специалистов по профилям наркологии, психотерапии, клинической и консультативной психологии; социальной работы в системе наркологической, психотерапевтической и медико-психологической помощи;

- широкомасштабное обучение специалистов системы здравоохранения и социальной сферы по профилю современных антинаркотических технологий;

- разработка специальной системы подготовки научно-педагогических кадров по вышеперечисленным специальностям;

- обучение перспективных специалистов по специальным образовательным программам, а также их подготовка в лучших зарубежных специализированных учебных заведениях и клиниках;

- создание и распространение в специализированных учебных заведениях РК видеоциклов, предназначенных для дистанционного обучения социальных педагогов, школьных психологов, валеологов, сотрудников центров ЗОЖ;

- разработка и проведение специальных образовательных циклов по антинаркотической тематике для педагогов, школьных психологов, социальных педагогов, социальных работников и специалистов по социальной работе в системе воспитания и образования.

Результат 4. Расширение ассортимента и повышение качества услуг антинаркотического спектра, оказываемых населению РК; увеличение объема многопрофильной наркологической помощи.

Задача 5. Повышение эффективности программ первичной профилактики распространения основных социальных эпидемий в РК (наркомании с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступность, терроризм, религиозный экстремизм);

Основные мероприятия:

- полноценный охват населения РК эффективными первично-профилактическими программами, обеспечивающими формирование психологической устойчивости к вовлечению в современные социальные эпидемии (наркомании, с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступность, терроризм, религиозный экстремизм);

- полноценный охват групп повышенного риска специальными первично-профилактическими программами, обеспечивающими форсированное развитие свойств психологической устойчивости к вовлечению в поименованные социальные эпидемии;

- разработка и распространение во всех учебных заведениях РК специальной компьютерной программы автоматизированного психологического тестирования с определением степени риска вовлечения в химическую и психологическую зависимость у каждого тестируемого с выдачей наиболее оптимальных рекомендаций по снижению данных рисков;

- обеспечение всех учебных заведений РК школьной антинаркотической видеотекой и библиотекой (СД-диски), разработанными в научных лабораториях РНПЦ МСПН;

- обеспечение свободного доступа всем нуждающимся к семейной антинаркотической видеотеке, разработанной сотрудниками Центра;

- разработка и тиражирование двух информационных пособий профилактической направленности: «Самоучитель эффективной семьи», «Самоучитель эффективного родителя»;

- организация и оснащение научно-экспериментальной лаборатории психолого-педагогической профилактики, реабилитации и социальной реадaptации при РНПЦ МСПН, активно действующей во всех регионах РК.

Результат 5. Снижение уровня первичной заболеваемости по наркологическому профилю; повышение уровня психологической устойчивости населения РК к вовлечению в современные социальные эпидемии (наркомании с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступные сообщества, террористические и религиозно-экстремистские организации)

задача 6. Повышение эффективности лечебно-реабилитационных (вторично-профилактических) программ, используемых в наркологической практике.

Основные мероприятия:

- разработка и масштабное внедрение клинических протоколов (стандартов) диагностики, лечения, реабилитации зависимых от ПАВ на основе передовых отечественных и заимствованных зарубежных технологий;

- разработка и внедрение широкого ассортимента программ наркологической помощи с различными порогами доступа;

- внедрение разнообразного ассортимента наркологических услуг, включаемых в данные программы;

- организация различных режимов оказания специализированной наркологической помощи (аутрич, внедиспансерный, амбулаторный, полустационарный, стационарный, специализированный стационарный, противорецидивный);

- полноценный охват контингента зависимых от ПАВ различными программами медико-социальной реабилитации, обеспечивающими длительную и качественную ремиссию и освобождение от наркотической зависимости у значительной части (до 25-30%) пациентов.

Результат 6. Снижение уровня болезненности по наркологическому профилю; повышение эффективности лечебно-диагностических программ и мероприятий; удлинение сроков и повышения качества ремиссии у зависимых от ПАВ

задача 7. Повышение эффективности третично-профилактических программ (снижения вреда), используемых в наркологической практике;

Основные мероприятия:

- разработка и широкомасштабное внедрение в систему наркологической помощи РК разнообразных программ третичной профилактики (снижения вреда) с максимально возможным ассортиментом услуг (включая диагностику и лечение коморбидной патологии);

- охват программами третичной профилактики не менее 80% от реально существующих инъекционных потребителей наркотиков;

- обязательное включение в данные программы компонента мотивационного консультирования и психотерапии с обеспечением ежегодного 20% пе-

ревода от общего числа наркопотребителей, охваченных программами третичной профилактики, в полноценные лечебно-реабилитационные программы;

- проведение регулярного эпиднадзора среди инъекционных наркопотребителей с целью контроля за динамикой распространения ВИЧ/СПИДа и эффективностью первично-профилактической функции программ снижения вреда в отношении данной социальной эпидемии.

Результат 7. Снижение показателя ранней смертности и инвалидизации у зависимых от ПАВ; снижение уровня первичной заболеваемости по ВИЧ/СПИДу в среде наркозависимых; снижение уровня преступности в среде наркозависимых; увеличение охвата инъекционных наркопотребителей полноценными программами медико-социальной реабилитации

Задача 8. Повышение качества внутриведомственной и межведомственной координации антинаркотической деятельности в социальной сфере;

Основные мероприятия:

- консолидация ресурсов социальной сферы (материально-технических, организационных, кадровых, информационных и т.д.) вокруг проблемы распространения зависимости от психоактивных веществ;

- разработка совместных планов антинаркотической деятельности среди служб психического здоровья (наркологической, психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической) и четкая координация их исполнения;

- разработка и реализация совместных планов антинаркотической деятельности среди медицинских служб, имеющих непосредственное и опосредованное отношение к данной проблеме (наркологической, центров ЗОЖ, центров СПИД, инфекционной, кожно-венерологической, терапевтической и др.);

- разработка и четкое, координированное выполнение совместных планов основными агентами антинаркотической деятельности в социальной сфере (профильные учреждения здравоохранения, образования, воспитания, СМИ, НПО, международные организации, фонды и др.);

- разработка и согласованное выполнение совместных планов антинаркотической деятельности между главными государственными ведомствами – поименованными агентами социальной сферы, силовыми ведомствами, законодательными и исполнительными ветвями власти.

Результат 8. Существенное повышение эффективности мультисекторальной антинаркотической деятельности, осуществляемой в государственных масштабах; повышение эффективности социальных антинаркотических программ; существенная экономия материальных ресурсов за счет улучшения координации антинаркотической деятельности в социальном секторе

Задача 9. Активное привлечение международных ресурсов (материально-технических, информационных) в сектор антинаркотической научно-практической деятельности.

Основные мероприятия:

- организация международного образовательного центра для подготовки специалистов антинаркотического профиля социальной сферы в странах Центральной Азии (реализация соответствующего проекта УНП ООН) на базе РНПЦ МСПН;

- организация на базе Республиканского центра международного ресурсного (научно-информационного) центра по проблемам зависимости от ПАВ для укрепления системы наркологической помощи населению в центрально-азиатских странах (также в рамках реализации утвержденной стратегии УНП ООН);

- активное участие республиканских наркологических учреждений и национальных координаторов в реализации действующих и планируемых

международных проектов антинаркотической направленности;

- проведение 2-х международных конференций по наркологии и психотерапии на базе РНПЦ МСПН.

Результат 9. Повышение качества антинаркотических программ, реализуемых в социальном секторе; дополнительное ресурсное обеспечение данного вида деятельности; широкий доступ к международным источникам информации антинаркотической направленности.

Реализация вышеназванных пунктов позволит добиться основной цели, выдвигаемой перед национальной системой наркологической помощи – надежное блокирование и обратное развитие социально-опасных тенденций распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. Т. Ескалиева

Новой особенностью наркотизма в наше время является изменение основных мотивов потребления наркотических веществ и динамики процесса.

ВИЧ-инфекция создала целую группу неблагоприятных социально - психологических факторов. Она нарушает или прекращает общение заболевшего человека, снижает уровень его самооценки, его настроение, в той или иной степени вмешивается во все стороны его жизни.

Не случайно для характеристики ВИЧ - инфекции используется термин «биологическая и социальная злокачественность». Нами были изучены некоторые формы изменения поведения и социально-психологической адаптации у инфицированных потребителей наркотиков.

Экспрессивная (агрессия во вне) форма реагирования в стрессовых ситуациях преобладала среди ВИЧ - инфицированных потребителей наркотиков (79,9%).

Основным мотивом экспрессивной формы реагирования в стрессовых ситуациях является бегство от невыносимой реальности, что чаще наблюдается среди ВИЧ-инфицированных. У 32,2% ВИЧ – инфицированных лиц в качестве сферы возникновения психотравмирующей ситуации становилась семейно-бытовая сфера, у 2,7% - профессиональная.

Семейно-бытовая сфера играет определенную, но не ведущую роль в возникновении психотравмирующей ситуации.

Чаще встречаются такие причины, как: переживание стойких неудач в отношениях в семье, конфликты с родителями, чувство одиночества, утрата смысла жизни, полная неустойчивость во всех видах деятельности. От всего этого хочется убежать, заглушить и изменить свое психическое состояние, пусть временно, но в «лучшую» сторону.

Проявления социальной дезадаптации отмечались в виде утраты прежних интересов, безучастности, безынициативности, агрессивности и конфликтности, антисоциального поведения, нарушения или разрыва семейных отношений.

ВИЧ - инфицированные наркопотребители более склонны к антисоциальному поведению, хотя агрессивность и конфликтность у них выражены примерно одинаково с контрольной группой. Начав реализовывать какую-либо форму поведения, пациенты группы ВИЧ-инфицированных чувствуют себя обязанными продолжать ее реализацию, поскольку окружающие признали эту форму окончательной.

У большинства ВИЧ-инфицированных лиц проявления трудовой дезадаптации выражались нарушениями трудовой дисциплины (59,1%) или неспособностью выдержать темп и ритм работы до конца смены (31,5%). Изредка в трудовом процессе дезадаптация проявлялась невыполнением дневной нормы, браком в работе, неспособностью работать в разные смены.

Нарушение трудовой дисциплины в группе ВИЧ – инфицированных лиц связано с их низкими профессиональными навыками, а также в силу наличия различных вторичных осложнений, возникших в результате инфицирования, невозможность ими выдержать темп и ритм работы.

Исследования этнокультуральных традиций показали, что родственные связи играют незначительную роль для начала потребления наркотиков, так как 91,3% (4,5) в группе ВИЧ-инфицированных лиц в качестве первого поколения потребителей психоактивных веществ называют себя.

Опийная наркомания имеет четкую тенденцию к накоплению в одних и тех же семьях. И больший процент среди родственников первого поколения увеличивает риск распространения наркомании в их семьях.

Очень незначительный процент опрошенных отмечают традиции употребления наркотиков в семье родителей (7,4%). Интересно, что традиции употребления в семье сестер и братьев отмечаются только по линии отца (1,3%).

Исследования, проведенные в Польше, показали, что отцы молодых людей, употребляющих наркотики, чаще страдали алкоголизмом. Опасность однократного употребления наркотиков подтверждается тем, что большинство продолжили употребление наркотиков и это, в основном, происходит там, где молодые люди проводят свободное время (на дискотеках, клубах, учебных заведениях), в компании друзей.

Для группы ВИЧ-инфицированных пациентов характерно знакомство с наркотиками как в кругу родственников и в 1,8 раз чаще в компании со случайными знакомыми, что и представляет наибольший риск ВИЧ - инфицирования.

При характеристике уровня и динамики материальной обеспеченности в группах сравнения получены следующие результаты: 98% ВИЧ - инфицированных лиц считают, что они недостаточно обеспечены и в 2 раза ниже, чем в контрольной группе. Это

связано с меньшим процентом и занятых постоянной трудовой деятельностью, что предоставило бы возможность, употребляя наркотики, поддерживать некоторый уровень обеспеченности.

Пациенты обеих групп отмечают снижение уровня материальной обеспеченности за последние три года, что связано с частой сменой или отсутствием рабочего места; ухудшение материального состояния семьи и родственников, и дальнейшее употребление наркотиков.

Экономическое положение семьи страдало от того, что деньги уходили как непосредственно на покупку наркотиков самими зависимыми: выносились вещи из дома, тратились сбережения семьи; а также родителями, так как им необходимы были средства на судебные издержки, на лекарственные препараты для себя и на лечение самого больного.

Для этих целей уже сами родственники зависимых лиц вынуждены были продавать дом или квар-

тиру, в итоге семья меняла жизнь на худшее, и происходило обнищание семьи, соответственно ухудшались и бытовые условия, и общий уровень материальной обеспеченности.

Изменение социального статуса в сторону ухудшения встретилось у большинства пациентов обеих групп.

По разным причинам, некоторым из них пришлось оставить работу (из-за появившихся проблем со здоровьем), не могли справиться с объемом прежней работы и просили руководство уменьшить его. Необходимо отметить и тот факт, что основная масса больных не работала и не училась, и находилась на иждивении родителей. Не вызывает сомнения тот факт, что лица, инфицированные ВИЧ, нуждаются в обучении методам борьбы со стрессом; оказании им помощи в овладении навыками достижения психологической устойчивости на всем протяжении заболевания.

Литература:

1. Беляева В. В., Ручкина Е. В., Покровский В. В. Особенности психического состояния мужчин инфицированных вирусом иммунодефицита человека. // Советская медицина. – 1990. - № 8. - С. 16-18.
2. Беляева В. В., Ручкина Е. В., Покровский В. В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека // Тер. арх. – 1996. - № 4. - С. 71-73.
3. Абрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. - С. 6-28.
4. Ручкина Е. В., Беляева В. В., Кравченко А. В. Синдром госпитализма в клинике ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. -1996. - № 2. - С. 41-42.
5. Шитлов Ю. А., Павлов М. С. Лечение ВИЧ-инфицированных больных наркоманиями в условиях наркологических стационаров // Вопросы наркологии. - 1997. - № 1. - С. 49-52.

ИССЛЕДОВАНИЕ БАЗИСНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И РЕАЛЬНОГО СЕКТОРА УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ НАРКОЗАВИСИМЫМ ЛЖВС

О. Н. Комарова, д.м.н., проф. А. Л. Катков

Астана – Павлодар

В продолжение 2005 года нами осуществлялось исследование по определению базисных потребностей в наркологической помощи ВИЧ-инфицированных наркозависимых, а также реального сектора услуг, предоставляемых данной категории пациентов центрами СПИД, государственными и частными наркологическими учреждениями и профильными НПО.

Соответственно формировались основные задачи и главные фрагменты исследования:

1) Определение объема и ассортимента наркологических услуг третично-профилактического сектора, производимых:

- центрами СПИД
- государственными и частными наркологическими организациями

- профильными НПО

2) Определение основных потребностей и реального объема помощи ВИЧ-инфицированными наркозависимыми в секторе третично-профилактических наркологических услуг.

3) Определение показателей социального функционирования и качества жизни, а также коэффициентов соотношения и диссоциации данных показателей у ВИЧ-инфицированных наркозависимых (с целью объективизации и дифференциации основных функциональных характеристик по данной категории пациентов).

По первому фрагменту были получены результаты по 10 центрам СПИД, действующим в различных регионах Казахстана; 14 государственным нар-

коогическим диспансерам и 5 частным наркоогическим клиникам; 25 НПО с профилем деятельности в области профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков.

Основным исследовательским инструментом по данному фрагменту являлась специальная диагностическая анкета, разработанная РНПЦ МСПН.

По второму фрагменту были исследованы 238 ВИЧ-инфицированных наркозависимых, проживающих в г.г. Караганде и Павлодаре.

Основным исследовательским инструментом по данному фрагменту являлась специальная исследо-

вательская карта РНПЦ М ПН.

Третий фрагмент исследования проводился в отношении той же группы пациентов, что и во втором фрагменте (238 ВИЧ-инфицированных наркозависимых).

Основным исследовательским инструментом по данному фрагменту является метод определения качества жизни и социального функционирования А.А.Чуркина, Н.К.Демичевой (2004). На схеме 1 приведены общая формула расчета показателей социального функционирования, качества жизни и коэффициент соотношения.

Схема 1

Расчет показателей социального функционирования (СФ), качества жизни (КЖ) и коэффициента соотношения (КС)

$$КС = (КЖ + СФ) / 2,$$

$$\text{где } СФ = \left(\sum_{i=1}^8 Z_i + K_2 * \sum_{i=1}^8 m_i \right) / 56,$$

$$КЖ = \left(\sum_{i=1}^4 X_i + K_2 * \sum_{i=1}^4 Y_i + n_1 + K_1 * n_2 \right) / 35,$$

$\sum_{i=1}^8 Z_i$ – сумма показателей объективной оценки различных сторон социального функционирования, ранжированных по пятибалльной шкале (8 показателей),

$\sum_{i=1}^8 m_i$ – сумма показателей субъективной оценки различных сторон социального функционирования, ранжированных по четырехбалльной шкале,

K_2 – коэффициент, показывающий степень сохранности критического отношения к окружающей действительности,

$\sum_{i=1}^4 X_i$ – сумма показателей объективной оценки материально-бытовых условий, ранжированных по пятибалльной шкале (4 показателя),

$\sum_{i=1}^4 Y_i$ – сумма показателей субъективной оценки материально-бытовых условий, ранжированных по четырехбалльной шкале,

K_1 – коэффициент, показывающий степень сохранности критического отношения к своему психическому состоянию,

n_1 – показатель состояния здоровья в целом,

n_2 – показатель удовлетворенности пациентом состоянием здоровья в целом.

КС принимает значение от 0 до 1. Значение, равное 0 соответствует крайне неблагоприятному соотношению показателей КЖ и СФ, значение, равное 1 – «идеальному» соотношению этих показателей.

На схеме 2 приведена формула расчета показателя – объективной оценки качества жизни, субъек-

тивной оценки качества жизни и коэффициента диссоциации.

Схема 2

Расчет показателей объективной оценки качества жизни (КЖ_о), субъективной оценки и качества жизни (КЖ_с) и коэффициента диссоциации (КД)

$$КД = КЖ_о / КЖ_с,$$

где КЖ_о – объективная оценка качества жизни

$$КЖ_о = (\sum_{i=8}^{i=1} Z_i + \sum_{i=4}^{i=1} X_i + 12 \cdot n_1) / 48,$$

КЖ_с – субъективная оценка качества жизни

$$КЖ_с = (\sum_{i=8}^{i=1} m_i + \sum_{i=4}^{i=1} Y_i + 12 \cdot n_2) / 36,$$

При значении КД равном 1 или незначительном его отклонении в ту или другую сторону (в диапазоне от 0,9 до 1,1) диссоциация фактически отсутствует, т.е. пациент оценивает свое положение адекватно. В этих случаях на качество жизни пациента и его социальное функционирование влияют преимущественно объективные факторы. При значениях КД >1,1 наблюдается диссоциация между субъективной и объективной оценкой, причем пациент в этих случаях оценивает свое положение хуже, чем оно есть на самом деле. При КД <0,9 наоборот, пациент дает завышенную субъективную оценку качества жизни.

По первому фрагменту исследования, определяющему ассортимент и объем услуг третично-профилактического сектора, в центрах СПИД, государственных и частных наркологических организациях

и профильных НПО, были получены следующие результаты.

В таблице 1 приведены данные по информационному профилю услуг.

Таблица 1

Информационный профиль услуг третично-профилактического сектора в наркологических организациях, центрах СПИД и профильных НПО

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Знакомство с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера (например, о возможности получения профильной наркологической помощи)	83,3%	100%	95,5%
Знакомство с профильной видеопродукцией	60%	88,9%	57,1%
Информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми	81,8%	100%	81%

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, во всех трех структурах информационные услуги представлены достаточно интенсивно с некоторым

преимуществом центров СПИД.

В таблице 2 приведены данные по профилю услуг предоставления материалов.

Таблица 2

Профиль предоставления материалов в третично-профилактическом секторе услуг наркологических организаций, центров СПИД и профильных НПО

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Обмен игл	25%	55,6%	73,7%
Обмен шприцев	25%	100%	73,7%
Раздача презервативов	12,5%	100%	75%
Раздача дезинфекционных материалов	12,5%	66,7%	52,6%
Раздача информационных материалов (поименованных в п. 1)	88,9%	100%	100%

Как видно из данных, представленных в таблице 2, услуги профиля предоставления материалов (за исключением информационных материалов) реализуются, в основном, центрами

СПИД и НПО с некоторым преимуществом центров СПИД.

В таблице 3 приведены данные по образовательному профилю услуг.

Таблица 3

Программы обучения в третично-профилактическом секторе услуг наркологических организаций, центров СПИД и профильных НПО

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Профильное обучение зависимых от наркотиков: безопасные инъекции	57,1%	100%	77,8%
Профильное обучение зависимых от наркотиков: профилактика передозировок	85,7%	55,6%	77,8%
Профильное обучение зависимых от наркотиков: безопасный секс	57,1%	100%	83,3%

Как видно из данных, представленных в таблице 3, услуги по обучению достаточно интенсивно представлены во всех трех рассматриваемых категориях. В тоже время в наркологических организациях сравнительно

чаще занимаются профилактикой передозировок, а в центрах СПИД – обучением по безопасному сексу.

В таблице 4 приведены данные по профилю услуг социальной помощи и поддержки.

Таблица 4

Профиль услуг по социальной помощи и поддержке, реализуемый наркологическими организациями, центрами СПИД и профильными НПО

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Материальная помощь	12,5%	25%	15%
Юридические услуги	50%	62,5%	70%
Консультирование по социальным вопросам	62,5%	75%	91,3%
Жилищные программы	0	12,5%	15%
Профессиональное обучение	11,1%	12,5%	14,3%
Предоставление рабочих мест	44,4%	37,5%	47,6%
Трудотерапия больных, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией	12,5%	12,5%	0

Как видно из данных, представленных в таблице 4, основные услуги социального профиля по всем категориям учреждений представлены достаточно равномерно. По объему лидируют такие услуги как юридическая помощь, консультирование по социальным вопросам и предоставление рабочих мест. В крайне ограниченном объеме предоставляется адресная ма-

териальная помощь, жилищные программы, профессиональное обучение и профессиональная занятость с терапевтическими целями. При этом следует отметить сравнительно более высокую активность НПО при общей дефицитности данного сектора услуг.

В таблице 5 приведены данные по консультативному профилю услуг.

Таблица 5

Консультативный профиль услуг третично-профилактического сектора в деятельности наркологических организаций, центров СПИД, профильных НПО

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование)	100%	100%	68,2%
Семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых)	90%	55,6%	86,4%
Социальное консультирование	50%	44,4%	66,7%
Реабилитационное консультирование	60%	33,3%	63,6%
Социально-психологические тренинги	63,6%	55,6%	36,4%

Как видно из данных в таблице 5, достаточно объемно представлены профили услуг по психологическому консультированию в наркологических организациях и центрах СПИД, профили услуг по семейному консультированию в наркологических организациях и НПО. Другие консультативные профили представлены значительно менее интенсивно

(особенно профиль реабилитационного консультирования в центрах СПИД и профиль социально-психологических тренингов в НПО). Выявленные факты свидетельствуют о наличии серьезного дефицита в данном секторе.

В таблице 6 приведены данные по диагностическому профилю услуг.

Таблица 6

Диагностический профиль услуг третично-профилактического сектора в деятельности наркологических организаций, центров СПИД, профильных НПО

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили)	40%	66,7%	25%
Тестирование на ВИЧ/СПИД	88,9%	100%	54,5%
Тестирование на гепатиты	77,8%	100%	36,4%
Тестирование на ЗПП (заболевания, передаваемые половым путем)	77,8%	100%	36,4%
Клинико-психопатологическая диагностика	62,5%	22,2%	18,2%
Экспериментально-психологическая диагностика	37,5%	0	20%

Как видно из данных, представленных в таблице 6, сравнительно более интенсивно представлены диагностические услуги по профилю тестирования на ВИЧ/СПИД, гепатиты и ЗПП (лидируют здесь центры СПИД, а отстают профильные НПО). Клинико-психопатологическая диагностика (62,5%) достаточно интенсивно пред-

ставлена лишь в наркологических организациях, а многопрофильное врачебное консультирование – в центрах СПИД. В целом, данный сектор представляется дефицитным в отношении профильных НПО.

В таблице 7 приведены данные по профилю заместительной терапии.

Таблица 7

**Профиль заместительной терапии в третично-профилактическом секторе
деятельности наркологических организаций, центров СПИД, профильных НПО**

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Заместительная терапия с использованием метадона	0	0	0
Заместительная терапия с использованием бупринорфина	0	0	0
Заместительная терапия с использованием других препаратов	0	0	0

Как видно из данных, представленных в таблице 7, данный профиль услуг по Республике Казахстан не оказывается.

В таблице 8 приведены данные по профилю услуг в области мотивационной терапии.

Таблица 8

**Профиль услуг в области мотивационной терапии в деятельности
наркологических организаций, центров СПИД, профильных НПО**

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Мотивационное интервью	33,3%	33,3%	80%
Мотивационное консультирование	66,7%	100%	100%
Мотивационная психотерапия	71,4%	66,7%	50%

Как видно из данных, приведенных в таблице 8, наиболее интенсивно мотивационные технологии используются в сети профильных НПО и, сравнительно менее интенсивно в наркологических организациях. В тоже время, данные о незначительном потоке пациентов, направляемых для прохождения полноценных курсов медико-соци-

альной реабилитации из центров СПИД и НПО, позволяют сделать вывод о неэффективности мотивационной терапии, проводимой в названных учреждениях.

В таблице 9 приведены данные, относительно лечебных технологий, используемых в секторе третичной профилактики.

Таблица 9

**Профиль лечебных технологий в третично-профилактической деятельности
наркологических организаций, центров СПИД, профильных НПО**

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Амбулаторное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов ВИЧ/СПИДа)	40%	100%	0
Стационарное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов ВИЧ/СПИДа)	54,5%	71,4%	20%
Реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ	10%	0	0
Реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов	0	0	0
Амбулаторные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	70%	0	40%
Стационарные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	90%	0	40%

Как видно из данных, представленных в таблице 9, в наименьшей степени лечебные технологии сектора третичной профилактики представлены в центрах СПИД (за исключением амбулаторного и стационарного лечения соматической патологии), а также в профильных НПО, где относительно удовлетворительно (по 40% каждая) представлены программы амбулаторной и стационарной реабилитации. Основной дефицит услуг данного профиля прослеживается по профилю реабилитационных программ с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ или режимом заместительной терапии. Таким образом, и объем, и ассортимент лечебных услуг, оказываемых в данном секторе, представляются ограниченными.

В целом, по данному фрагменту исследования следует отметить общую дефицитарность объема и ассортимента услуг, оказываемых наркологичес-

кими организациями, центрами ПИД и профильными НПО, в наиболее привлекательных для наркозависимых сферах – лечение с низким порогом доступа, социальная поддержка и консультирование. Есть основания считать, что отдельные виды услуг (мотивационная терапия) оказываются неэффективно.

По второму фрагменту исследования, определяющему реальный объем профильной помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым и основные потребности в ее оказании, были получены следующие результаты.

В таблице 10 приведены данные о характере медицинской и психологической помощи (регулярная, нерегулярная), получаемой ВИЧ-инфицированными наркозависимыми, состоящими на учете в наркологических учреждениях и центрах СПИД за последние 0,5 года.

Таблица 10

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым, состоящим на учете за последние 0,5 года

Характер помощи	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Регулярная медицинская и психологическая помощь	78,1%	+/-6,9%
Нерегулярная медицинская и психологическая помощь	16,1%	+/-6,1%
Медицинской и психологической помощи не получаю	5,8%	+/-3,9%

Из данных, приведенных в таблице 10, следует, что регулярную медицинскую и психологическую помощь получают до 78,1% ВИЧ-инфицированных наркозависимых, состоящих на учете. Существенно меньшая часть получает такую помощь нерегулярно или вовсе не получает. При этом следует учиты-

вать тот факт, что учтенные ВИЧ-инфицированные наркозависимые, в лучшем случае, составляют 1/7 часть от их реального числа.

В таблице 11 приведены данные о динамике соматического состояния исследуемого контингента за последний год.

Таблица 11

Динамика соматического состояния ВИЧ-инфицированных наркозависимых (исследуемая группа) за последний год

Характеристика динамики	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Без изменений	38,7%	+/-8,2%
Скорее ухудшилось	40,1%	+/-8,2%
Ухудшилось	19%	+/-6,6%
Скорее улучшилось	1,5%	0,8<>5,5%
Улучшилось	0	0<>3,5%
Затрудняюсь ответить	0,7%	0,4<>4,5%

Как видно из таблицы 11 основная часть исследуемых оценила динамику соматического состояния отрицательно (скорее ухудшилось –

40,1%; ухудшилось – 19%). Существенно меньшая часть респондентов не отмечала какой-либо динамики (38,7%) или отмечала некоторое улуч-

шение (1,5%). Таким образом, регулярная медицинская помощь, получаемая пациентами исследуемой группы, не оказывала какого-либо существенного влияния на динамику их соматического

состояния.

В таблице 12 приведены данные о динамике психического состояния ВИЧ-инфицированных наркозависимых за последний год.

Таблица 12

Динамика психического состоянияследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых за последний год

Характеристика динамики	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Без изменений	37,7%	+/-8,1%
Скорее ухудшилось	39,1%	+/-8,1%
Ухудшилось	21%	+/-6,8%
Скорее улучшилось	0	0<>3,5%
Улучшилось	0,7%	0,4<>4,5%
Затрудняюсь ответить	1,4%	0,8<>5,4%

Как видно из данных, приведенных в таблице 12, основная часть респондентов (60,1%) оценила динамику психического состояния отрицательно. В 37,7% каких-либо изменений не отмечалось. В 0,7% случаев отмечалось улучшение психического состояния. Таким образом, психологическая помощь, получаемая пациентами исследуемой группы, также не оказывала существенного влияния на динамику их психического состояния.

Информация, получаемая от ВИЧ-инфицированных наркозависимых исследуемой группы относительно ассортимента услуг, получаемых в наркологических учреждениях, центрах СПИД и профильных НПО, в целом подтверждала данные по ассортименту и объему услуг, приведенные в первом фрагменте.

Далее, нами исследовались основные причины, препятствующие раннему обращению ВИЧ-инфицированных наркозависимых за профессиональной помощью. Эти данные приведены в таблице 13.

Таблица 13

Основные препятствия обращения за профессиональной помощью ВИЧ-инфицированных наркозависимых

Основная причина	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Недостаток или отсутствие информации	29,2%	+/-7,6%
Отсутствие желания улучшить состояние здоровья	14,6%	+/-5,9%
Отсутствие осознания необходимости профессиональной помощи	40,1%	+/-8,2%
Неверие в возможность успешной борьбы с наркотической зависимостью	35,8%	+/-8%
Страх постановки на учет в наркологическое учреждение	35%	+/-8%
Страх постановки на учет в органы милиции	38,7%	+/-8,2%
Страх огласки фактов употребления наркотиков среди близких	36,5%	+/-8,1%
Страх огласки фактов ВИЧ-инфицирования среди близких	42,3%	+/-8,3%
Отдаленность пунктов доверия и профильных лечебных учреждений	6,6%	+/-4,1%
Информация о том, что за лечение надо платить	15,3%	+/-6%
Сомнение в профессиональной компетенции сотрудников профильных медицинских учреждений	4,4%	+/-3,4%
Неверие в «человеческие» качества персонала профильных учреждений	16,9%	+/-6,3%
Иное (указать)	1,5%	0,8<>5,5%

Как видно из данных, приведенных в таблице 13, среди причин, препятствующих обращению за профессиональной помощью ВИЧ-инфицированных наркозависимых, лидируют: отсутствие осознания необходимости помощи – 40,1% (следовательно, страдает компонент мотивационной терапии); страх огласки факта ВИЧ-инфицирования среди близких – 42,3% (следовательно, страдает компонент семейного консультирования и психотерапии); страх постановки на учет в органы милиции – 38,7% (недостаточная правовая защищенность контингента наркозависимых); неверие в возможность успешной борьбы с наркозависимостью – 35,8% (низкая информированность контингента наркозависимых о программах медико-социальной реабилитации и низкая эф-

фективность наркологической помощи); страх огласки фактов употребления наркотиков – 36,5% (недостаточная работа с семьями наркозависимых).

Среди прочих причин следует отметить низкий уровень подготовки персонала – 16,9% и платное лечение – 15,3%.

Все эти препятствия в конечном итоге, сводятся к низкой активности специализированных служб в звене первичной наркологической помощи, ограниченному ассортименту услуг, реализуемых в данном звене и низкому качеству их выполнения.

В таблице 14 приведены данные относительно основных потребностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых в условиях и характере профессиональной помощи.

Таблица 14

Базисные потребности в профессиональной помощи ВИЧ-инфицированных наркозависимых

Предпочтительные условия	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Гарантия безопасности (не будут ставить на учет)	60,6%	+/-8,2%
Широкий выбор услуг	34,3%	+/-7,9%
Отсутствие необходимости оплаты (бесплатность)	0	+/-8,4%
Близость от места жительства	8,8%	+/-4,7%
Надежда на полное освобождение от наркотической зависимости	30,7%	+/-7,7%
Надежда на то, что самочувствие улучшится	29,9%	+/-7,7%
Хорошая информированность о возможностях предлагаемой медико-социальной помощи	8,8%	+/-4,7%
Высокий профессионализм персонала	0	+/-8,3%
Соответствие предоставляемых услуг потребностям ВИЧ-инфицированных наркозависимых	1,5%	0,8<>5,5%
«Человеческое» отношение персонала	52,2%	+/-8,5%
Другое (указать)	0,7%	0,4<>4,5%

Как видно из данных, приведенных в таблице 14, среди базисных потребностей исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в профессиональной помощи лидируют: гарантии безопасности (60,6%); отсутствие оплаты (53,3%); «человеческое» отношение персонала (52,2%) и его высокий профессионализм (46%). Следует отметить и высокие значения фактора «надежды» (30,7% и 29,9%), которые не в последнюю очередь связаны с двумя последними факторами.

Абсолютными лидерами ассортимента предпочитаемых услуг среди ВИЧ-инфицированных наркозависимых являются: обмен шприцев (79,9%); многопрофильное врачебное консультирование (78%); мотивационная психотерапия (76,9%); профилактика передозировок (76,7%); тестирование на ВИЧ/СПИД (69,1%); заместительная терапия с использованием метадона (67,6%); обучение безопасным инъекциям (61,5%); семейное консультирование

(58%); юридические услуги (57,1%). Другой профиль услуг указывается существенно реже.

Таким образом, ВИЧ-инфицированные наркозависимые нуждаются, в первую очередь, в гарантиях безопасности, доступности, широком ассортименте и высоком качестве оказываемых услуг.

По третьему фрагменту исследования, определяющему показатели социального функционирования и качества жизни у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, а также коэффициенты соотношения и диссоциации, были получены следующие результаты.

В диаграмме 1 приведено распределение значений коэффициента соотношения качества жизни и социального функционирования в исследуемой группе ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Как видно из данных, приведенных в диаграмме 1, значения коэффициента соотношения для изучаемого контингента не поднимались выше 0,8.

Основная группа респондентов (75%) располагалась в диапазоне значений коэффициента соотношения от 0,2 до 0,5, что свидетельствует о низком показателе качества жизни и социального функционирования у ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

В диаграмме 2 приведены данные относительно распределения значений коэффициента диссоциации среди исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Диаграмма 1

Распределение значений коэффициента соотношения в исследуемой группе ВИЧ-инфицированных наркозависимых

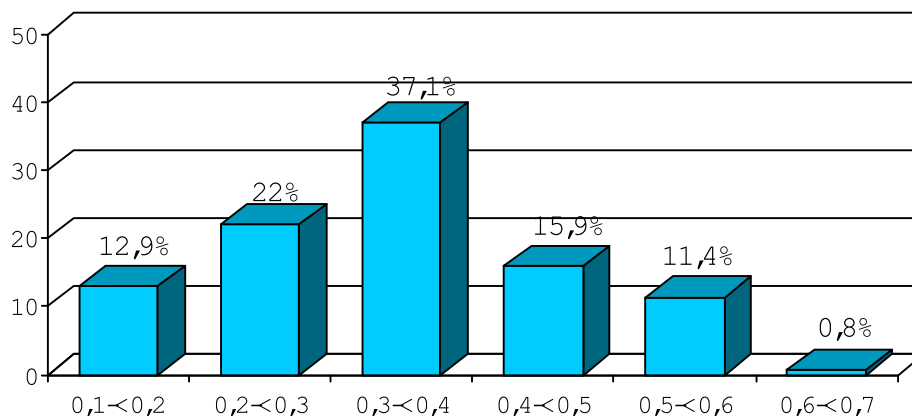
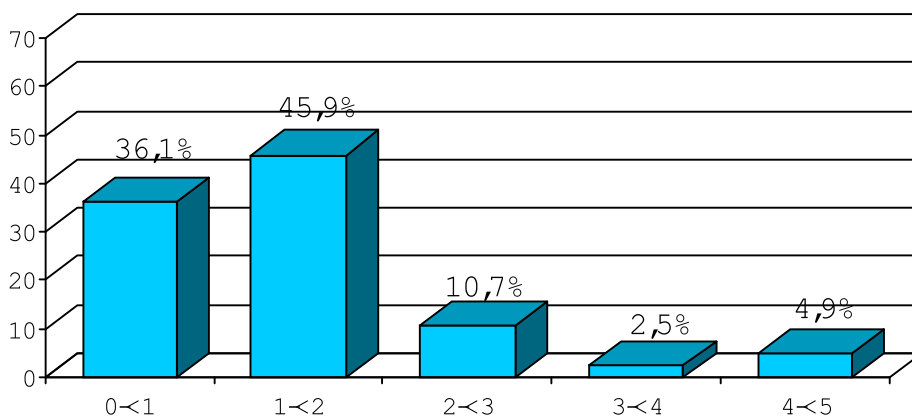


Диаграмма 2

Распределение значений коэффициента диссоциации среди исследуемого контингента



Как видно из данных, приведенных в диаграмме 2, основная масса респондентов исследуемой группы (63,9%) располагалась в значениях коэффициента диссоциации более единицы. Эти данные свидетельствуют об явно заниженной субъективной оценке качества жизни ВИЧ-инфицированных наркозависимых и, следовательно, о недостаточно эффективной психологической, психотерапевтической и социальной работе с ними.

Общие выводы по всем трем фрагментам работы сводятся к следующему:

- объем, ассортимент и качество специализированной помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным наркозависимым в наркологических организациях, центрах СПИД и профильных НПО являются недостаточными, не в полной мере отвечают базисным потребностям исследуемого контингента и не оказывают существенного влияния на качество их жизни;

- следовательно, существует объективная необходимость в пересмотре стратегии первичной наркологической помощи, оказываемой в секторе третичной профилактики наркозависимости.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В СЕМЬЯХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

А. Т. Ескалиева

Семейное неблагополучие является одним из важных факторов развития наркоманий у подростков. Семейные конфликты способствуют патохарактериологическому развитию подростка.

Нарушение эмоционального контакта между ребёнком и матерью, длительное разобщение их, отсутствие отца, хронические психические травмы - являются одним из неблагоприятных факторов, влияющих на развитие детского организма и незрелой психики.

Имеются определенные отличия базисных характеристик родительской семьи в группах потребителей инъекционных наркотиков и инфицированных ВИЧ.

В группе ВИЧ-инфицированных лиц преобладали родительские семьи с негибкостью ролей и ригидными функциями (56,4%), чаще проповедовались и использовались негуманные правила, которым было невозможно следовать, поэтому в качестве выхода использовалась ложь. Границы свободы и права отсутствовали, либо были ригидные, узкие (56,1%).

В контрольной группе напротив, чаще использовали гуманные правила, способствующие гармонии, поощряющие честность (67,8%) и преобладают родительские семьи с гибкостью ролей и взаимозаменяемостью функции, чаще признаются и уважаются границы свободы, права (65,7%).

В семьях ВИЧ-инфицированных коммуникации чаще не прямые, скрытые; чувства не ценятся (56,8%).

В группе потребителей наркотиков в родительской семье коммуникации чаще прямые; чувства открытые, с возможностью говорить свободно (66,2%).

В группе ВИЧ - инфицированных лиц больше поощряются зависимость, или покорность; индивиды не способны решать проблемы и конфликты (54,7%). В контрольной группе чаще поощряются рост и независимость индивида, способность видеть проблемы, конфликты и решать их (66%).

Бунтарство, умение настоять на своей точке зрения, несмотря ни на какие доводы, не поощрялись ни в одной группе.

Большинство родительских семей и ВИЧ-инфицированных лиц и потребителей наркотиков отмечают низкое качество жизни.

Практически в большинстве случаев (56,8%) в группе ВИЧ - инфицированных лиц в семьях мы сталкиваемся с тем, что перечисленные параметры родственной семьи нарушены и с негативным влиянием базисных характеристик семьи на развитие личности ребенка.

В группе ВИЧ-инфицированных лиц достаточно часто встречались перенесённые в детстве психодезадаптационные эпизоды органического типа (ночной энурез, головные боли, ночные страхи, крики, снохождения, судорожные реакции, пароксизмы).

У отдельных обследованных лиц в детстве отмечались аффективные расстройства: фобии, депрессивные реакции, повышенная возбудимость.

Таким образом, можно говорить о том, что у лиц контрольной группы в детстве в целом психоневрологический статус был благополучнее, чем у ВИЧ-инфицированных лиц.

Психодезадаптационные эпизоды органического типа являются одним из факторов, способствующих развитию аддиктивного поведения у ребёнка, и переходу в болезнь в дальнейшем.

Большинство обследованных лиц в обеих группах испытывали периодические трудности в усвоении школьного материала.

Периодические трудности в учёбе, связанные с нарушением поведения, испытывали 27,5% ВИЧ - инфицированных лиц.

У нескольких человек в обеих группах отмечались трудности в учебе, связанные с нарушением процессов общения, или они не осваивали обязательную программу.

Школьная неуспеваемость трансформируется в чувство вины перед школой, и плохой ученик очень скоро становится «тупым». У отвергаемых детей нарушается развитие интеллектуальных способностей, и формируются нежелательные черты характера.

Основными проявлениями школьной дезадаптации являются трудности усвоения материала и нарушения поведения в школьной среде, что отмечается чаще в группе ВИЧ - инфицированных лиц.

Семья - это социальная система, характеризующаяся определенными связями и отношениями её членов, проявляющимися себя в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре, иерархии, в распределении ролей и функций.

Подавляющее большинство обследованных лиц не состоит на учёте в наркологическом учреждении, что подтверждает мнение многих исследователей о действительно большом количестве неучтённых потребителей наркотиков.

Незначительное количество лиц обеих групп получили когда-либо лечебно - консультативную помощь в наркологических клиниках.

Опираясь на материалы обследования можно говорить о том, наркомания поражает молодых фи-

ически развитых людей, а зависимость от наркотиков делает их нетрудоспособными.

Литература:

1. Комарова О. Н. Организация наркологической помощи ВИЧ-инфицированным с диагнозом наркозависимости. // *Вопросы наркологии Казахстана*. - 2004. - Т. 4, № 4. - С. 66-67.
2. Макаров В. В., Гончарова Г. Н., Крыжановский Е. А., Литвинов Е. А., Грузман А. В. Проблемы первичной профилактики в популяции подростков женского пола // *Красноярский государственный медицинский институт*. - Красноярск, 1990. - С. 10.
3. Антропов А. Ю., Ялдыгина Е. С., Павловский В. А., Яворский В. М., Могилева Д. П., Антропов А. Ю. Клинико-генетические корреляции при семейно-отягощенном алкоголизме // *Вопросы наркологии*. - 1989. - № 1. - С. 27-31.
4. Гунько А. А. Алкоголизм у родителей и наркомания у детей, описание двух родословных. // *Тезисы доклада Всесоюз. научн. центр мед. проблем наркологии*. - Москва, 1981. - С. 23.

МНОГОСТУПЕНЧАТАЯ СИСТЕМА АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЛОДЕЖИ

А. П. Кузнецов, О. В. Прокудина, О. А. Колесникова,
Ф. Г. Мухтарова, Т. И. Шамакова, Н. С. Тюлендина

г. Костанай

Руководствуясь указом Президента РК № 394 от 16 мая 2000 года «О стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК за период 2001 – 2005 годов», специалисты Костанайского областного наркологического диспансера проанализировали наркологическую ситуацию в Костанайской области среди несовершеннолетних. На основе этого анализа ими сделан вывод о том, что количество наркозависимых постоянно растёт, а возраст детей, начинающих потреблять наркотические вещества, колеблется от 11 до 17 лет; участились случаи приобщения к психоактивным веществам детей в возрасте 7 – 8 лет. При этом наблюдается отчетливая тенденция к снижению возраста первых проб. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения различными инфекциями, включая СПИД. Созрела необходимость разработки многоступенчатой системы антинаркотической профилактики молодежи.

Для этого в 2001 году наркологи города Костаная и области провели анкетирование учащихся общеобразовательных школ и средних учебных заведений. Было опрошено 2548 подростков.

Наркоманию можно рассматривать как «заразное» заболевание, распространение которого происходит внутри групп. Поэтому невозможно изолированное существование наркозависимого в среде: рано или поздно вокруг него формируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков. И на вопрос «Есть ли среди ваших знакомых лица, употребляющие наркотики?» утвердительно ответили 27,2% респондентов. На вопрос «Был ли разговор с

родителями о наркотиках?» отрицательно ответили 39,1% опрошенных лиц. На вопрос «Пробовали ли вы анашу?» - утвердительно ответили 19% опрошиваемых лиц. «Пробовали ли вы опий?» - «Да» ответили 0,6% опрошенных подростков.

Для создания в школах микроклимата, благоприятного для обучения, предупреждения правонарушений среди подростков, профилактики употребления учащимися наркотических веществ и алкоголя и коррекции поведения школьников в 2002 году впервые в Костанайской области во всех школах и средних учебных заведениях были сформированы 135 наркопостов (внутришкольных «групп риска»). В них вошли 1311 подростков с девиантным поведением. Администрация школы совместно с классным руководителем, психологом, медицинским работником школы, руководствуясь определенными критериями, проводят формирование «групп риска», с которыми в последующем активно работают наркологи.

Значимость программ профилактики отклоняющегося поведения, в том числе употребление ПАВ среди детей младшего школьного возраста, обусловлено именно тем, что в этом возрасте происходит интенсивное развитие личности. Младшие школьники легко усваивают социальные правила. Для них характерно эмоциональная привлекательность старшего человека.

Повышенная восприимчивость и внушаемость, свойственные детям этого возраста играют как положительную роль при реализации программы профилактики, так и имеют обратную сторону - они

могут сужить мишенью для распространения наркотических веществ и других ПАВ.

Можно выделить *факторы, способствующие или препятствующие зависимости от ПАВ*:

1. к социальным факторам относятся доступность психоактивного вещества для подростка, «мода» на него, влияние группы сверстников, к которой принадлежит подросток;

2. к психологическим факторам можно отнести тип акцентуаций характера подростка, привлекательность возникающих ощущений и переживаний, «стремление к самоутверждению», «отсутствие социальных интересов»;

3. среди биологических факторов можно особо выделить отягощённую наследственность в плане наркотизации и алкоголизации, резидуальное органическое поражение головного мозга.

Термин девиантное поведение указывает на то, что речь идёт не о болезни, а о нарушениях поведения. Главное при девиантном поведении – не медицинские, а воспитательные меры.

Выделяют основные пути развития девиантного поведения:

1. полисубстантное поведение, когда подросток пробует на себе действие различных токсических веществ, среди которых постепенно может быть выбрано наиболее привлекательное. Но злоупотребление может оборваться и до такого выбора;

2. моносубстантное поведение, когда подростки употребляют только одно вещество. Чаще всего это обусловлено тем, что только к нему имеется доступ, но иногда они намеренно отказываются от всех других.

Можно отметить *факторы, обуславливающие готовность подростка к наркотизации*:

- низкая устойчивость к «перегрузкам», стрессам – сниженная способность к новым сложным ситуациям;

- выраженная напряжённость, тревожность, неуверенность в себе, низкая самооценка;

- импульсивность, в частности, со стремлением к получению удовольствия новых, как приятных, так и неприятных ощущений;

- психическая и социальная незрелость, инфантильность, подчиняемость, готовность следовать за отрицательным лидером, в том числе, к криминальному поведению.

Данная форма работы в школьных заведениях является совершенно новой и соответственно должна обеспечить новые возможности в профилактике употребления ПАВ.

Критериями отбора подростков для формирования групп риска являются:

- пребывание на массовых школьных мероприятиях в состоянии опьянения;

- систематическое курение в школе;
- отягощённая наследственность со стороны родителей в плане алкоголизации, наркотизации;
- педагогически запущенные дети;
- склонность к хулиганским действиям, бродяжничеству.

Кратность осмотра детей – 2 раза в год: в начале и в конце года. Наблюдаются дети только в школе. В случае выявления у них наркологического заболевания, после предварительной беседы с родителями, дети ставятся на учёт в группу профилактического учёта в наркологическом диспансере.

В первом квартале 2005 года в области сформировано 309 наркопостов (2570 учащихся).

Основными направлениями профилактической работы наркопостов являются:

1. Снижение спроса на наркотики и другие психоактивные вещества;

2. Уменьшение числа лиц, входящих в группу повышенного риска вовлечения в наркотизацию;

3. Снижение заболеваемости наркоманиями;

4. Создание системы «наркологической грамотности» и индивидуальных навыков безопасного поведения в отношении ПАВ у детей;

5. Выявление групп повышенного наркологического риска и системная целевая работа с ними;

6. Массовое воспитание через регулярные целевые компании с участием СМИ и общественных организаций.

Проводимая наркопостами антинаркотическая профилактика придерживается следующих *основных принципов*:

- профилактика должна начинаться с раннего возраста;

- профилактика является частью школьного воспитания и обучения;

- привлечение внимания к социальному взаимодействию и отказу от ПАВ, внятный показатель жизни без ПАВ;

- особый акцент делается на возрастные кризисные переходы;

- активное участие самих школьников;

- профессиональная подготовка учителей и психологов.

Наркопосты в школах являются одной из форм профилактической работы. Они утверждают в сознании детей негативный образ человека, употребляющего психоактивные вещества и в противовес ему – положительный образ человека, ведущего здоровый образ жизни, имеющего определённые увлечения, позитивные цели и установки.

Третьей ступенью системы антинаркотической профилактики молодёжи явились профилактические осмотры. В их процессе обследовались школьники

9-10 классов общеобразовательных школ и обучающаяся молодежь в профессиональных школах и колледжах на предмет потребления наркотических и психотропных веществ (приказ по Департаменту образования, Департаменту здравоохранения Костанайской области от 12.08.2004 г. за № 459/412). Осмотрено в 2004 году – 13902 человека, в 2005 году – 2918 человек. Протестировано 41521 учащихся. Несмотря на пункт 3.3 указанного выше приказа о содействии медицинским работникам 5 школ отказалось от тестирования. При этом, на учёте у подросткового врача-нарколога с эпизодическим употреблением алкоголя, каннабиноидов в группе профилактического учета в этих школах состоят 30 человек.

В 2005 году протестировано в школах и средних учебных заведениях по области в целом - всего 38969 человек. В текущем году отказов от тестирования не было.

Подводя итоги этой работы 2005 года следует отметить, что анкетирование 3739 школьников выявило - показатель наличия знакомых наркоманов снизился, в сравнении с 2001 годом в 2 раза. На 10%, из числа опрошенных лиц, увеличилось количество детей, с которыми о наркотиках беседовали родители, и в 2 раза уменьшились показатели употребления анаши и опиоидов.

Литература:

1. Алтынбеков С. А. *Психотерапия и реабилитация зависимости*. - Павлодар, 2003.
2. Аманова Ж. Ш., Алтынбекова Г. И., Юсупов О. Г., Рамм А. Н. *Современные подходы к выявлению потребителей наркотических средств в образовательных учреждениях*. - Павлодар, 2002.
3. Пак Т. В., Лаврентьев О. В. *Проект протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией»*. – Павлодар, 2005.
4. Шабанов П. Д. *Основы наркологии*. - Санкт-Петербург, 2002.
5. Минко А. И., Линский И. В. *Наркология. Новейший справочник* - М., 2004.

В настоящее время остро стоит вопрос необходимости тесного взаимодействия системы образования и наркологической службы для формирования у детей и подростков иммунитета антинаркотической устойчивости.

Опыт работы наркологического диспансера показывает, что при выполнении профилактической работы необходимо соблюдать следующие методические рекомендации:

1. Передача информации подросткам должна осуществляться профессионалом, свободно владеющим темой. Который может, в любой момент, изменить форму подачи и содержание материала в соответствии с требованиями аудитории;

2. Передача информации должна идти на всех уровнях восприятия (слуховом, зрительном, с использованием наглядных пособий, схем, видеоматериалов).

На этой основе становится возможным способность противостоять наркогенному воздействию микросреды, в том числе, уметь отказаться от предложений испытать на себе действие того или иного вещества.

Завершить статью хочется словами И.Н. Пятницкая: «Тенденции наркотизма настолько серьёзны и угрожающи обществу, что это требует к себе не просто внимания, но и чрезвычайных социальных мер».

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Т. Ескалиева

Исследований, касающихся особенностей психосоматического статуса ВИЧ - инфицированных потребителей инъекционных наркотиков нашего региона, мало, хотя эти данные могут быть очень ценными при разработке программ снижения вреда от употребления наркотиков. Важным является изучение социальных и культуральных факторов, влияющих на возникновение, распространенность, клиническую картину, терапию и течение наркомании, сочетающейся с ВИЧ - инфекцией.

В связи с этим нами обследованы 297 больных областного наркологического центра и центра по борьбе и профилактике СПИД.

Социологически-демографический анализ показал, что среди пациентов преобладали мужчины (90,3%) в возрасте от 24 до 40 лет. Наибольшее число ВИЧ - инфицированных наркопотребителей проживает в г. Темиртау, Карагандинской области (55,6%).

Уровень образования обследованных лиц был представлен средним или средним специальным образованием (68,1%).

Сферами трудовой занятости больных наиболее часто являлись транспортное обслуживание, торговля или бытовое обслуживание (10,5%). Большинство пациентов на момент исследования нигде не работали и не учились.

Большая часть обследуемого контингента (63,9%) своих семей не имеют – либо находятся в разводе, либо вообще не состояли в браке. Представляет интерес то, что у 2% ВИЧ – инфицированных лиц родители находятся в разводе, а 1,3% пациентов являются сиротами.

начительное число пациентов проживали с родственниками.

Большинство больных считали себя верующими, но форма выражения религиозных убеждений имела свои особенности: верование в душе и обращение к религии встречалось чаще (59,3%) лишь в критических ситуациях.

Анализ индивидуальных факторов, способствующих наркотизации показал, что ведущими среди них являются:

- желание снять психологическое напряжение;
- утрата прежних интересов;
- безучастность;
- безынициативность.

Среди семейно-бытовых проблем, вызывающих и усиливающих влечение к употреблению наркотиков, чаще встречались такие причины, как переживание стойких неудач в отношениях в семье, конф-

ликты с родителями, чувство одиночества и неумение преодолевать трудности.

Рассматривая клинические характеристики больных, можно отметить, что наследственность отягощена наркологически у 82,8% больных, чаще алкоголизацией отца.

Более половины опрошенных лиц в обеих группах (50% и 68,1%) начали употреблять наркотики из любопытства; из подражания - 10%; 7,4% - 20,1% из-за ощущения новизны; 7,4% - 4,2% как способ избавления от скуки; 16,9% - 3,5% - как способ ухода от проблем.

Следовательно, необходимо учитывать, что любопытство является наиболее весомым фактором для начала употребления наркотиков. Устранение этого фактора, например, в результате системной разъяснительной работы в школьный период могло бы значительно снизить количество потребителей психоактивных веществ.

Единицы опрошенных впервые попробовали наркотик в одиночестве. Первая проба наркотического вещества, в основном, осуществляется в компании друзей (81,9%), со случайными знакомыми (25%) и ещё реже в кругу родственников (12,8%). Можно надеяться, что для большинства первая проба дурманящих веществ остается случайным единичным эпизодом, но часть из них всё же становится на путь систематического употребления ПАВ. Однако сильнее всего настораживает то, эти люди не думают о своем «рискованном поведении» по заражению ВИЧ - инфекцией.

При исследовании установлено, что в группе ВИЧ – инфицированных лиц предпочитали применение опиата (88,6%), а в контрольной группе - героин.

Эти данные свидетельствуют о том, что в регионе исследования распространяются и наиболее доступны опиаты. Популярностью в группе ВИЧ - инфицированных лиц пользуется «ханка» и «таян» - опий кустарного производства, так как более доступен из-за дешевизны на рынке сбыта.

Основным способом употребления наркотиков являлся инъекционный (96%), причём в группе ВИЧ - инфицированных лиц приём наркотика только инъекционным путем значительно увеличивал риск заболевания.

Проведенное исследование позволило установить клинико-социальные особенности ВИЧ - инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, что необходимо учитывать при разработке лечебно- профилактических и реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Алтынбеков С. А., Денисова Е. В. *Исследование распространения наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. - 2001. - Т 7, № 4. - С. 70-83.*
2. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р. *Организация наркологической помощи в РК и за рубежом. - Астана, 2003. - 161 с.*
3. Каражанова А. С., Денисова Е. В. *Зависимость от психоактивных веществ в детском возрасте (аналитический обзор литературы). // Методическое письмо. - Павлодар, 2003.*
4. Марашева А. А. *Профилактика распространения наркозависимости в детском (дошкольном и младшем школьном) возрасте. // Вопросы наркологии Казахстана. - 2004. - Т. 4, № 4. - С. 10-38.*

СОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ (обзор литературы)

М. А. Жанузаков

г. Алматы

Проблема наркомании, особенно обострившаяся в последние годы, является актуальной для многих стран мира, в том числе и для Казахстана. Это связано как с угрожающими масштабами распространения наркотиков (1, 2, 3), так и с глобальными процессами социально-экономического (4, 5, 6) и военно-политического характера (4, 7).

В странах Запада наркотикуется до 15% населения, больные наркоманией составляют до 5-7% (2, 8). Социологическими исследованиями в Российской Федерации установлено, что около 2 миллионов граждан регулярно потребляют наркотики, около 4 миллионов человек пробовали их. В последнее десятилетие количество потребителей наркотиков в России увеличилось более чем в 20 раз. По мнению ряда авторов, каждый десятый житель Российской Федерации – наркоман, причем каждый четвертый – подросток (9).

Казахстан не только не остался в стороне от этих процессов, но будучи весьма привлекателен по своему географическому положению, по социальному и сырьевому потенциалу, оказался втянутым в общемировые процессы в сфере незаконного распространения наркотиков и злоупотребления ими (4, 6). Общее число лиц, состоящих на учете по поводу наркомании в учреждениях здравоохранения Республики Казахстан, с 1991 года увеличилось в 5,4 раза и достигло почти пятидесяти тысяч человек. При этом заболеваемость наркоманией выросла в 19 раз и почти две трети потребителей наркотиков – лица в возрасте до 30 лет (4). Однако независимые эксперты утверждают, что численность зарегистрированных наркоманов нужно умножить, по меньшей мере, на 10, чтобы получилось реальное их количество (1, 10).

В целях усиления контроля над наркоситуацией в стране принят Указ Президента Республики Казахстан № 394 от 16 мая 2000 года «Стратегия борьбы с

наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы» (4). В этом указе провозглашены приоритетными научные исследования в области разработки новых методов лечения наркомании и связанных с ней осложнений, мер по профилактике наркомании и правонарушений, вследствие незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ.

По данным исследователей, наибольший удельный вес среди всех наркоманий занимает опиная, которая имеет тенденцию к росту (11, 12, 13). В настоящее время среди наркотиков опиной группы одним из наиболее распространенных в незаконном обороте является героин (14, 15). Среди лиц, поступающих на лечение в московские наркологические стационары, больные героиневой наркоманией составляют 90%. Если в 80-е годы прошлого столетия среди потребляемых наркотиков преобладали «кустарные препараты опия» и «самодельные» наркотики («первитин», «эфедрон»), то с середины 90-х годов преобладает героин (16, 17).

Героин (диацетилморфин) – наркотический анальгетик из группы морфина. По действию он сходен с морфином, но более активен, сильнее угнетает дыхание, вызывает более сильный эйфорический эффект. Героин был синтезирован в конце 19 века. До того, как было законодательно запрещено медицинское использование опийных наркотических средств, героин широко применялся в медицинской практике как сильный анальгетик и противокашлевый препарат. Довольно быстро данный синтетический аналог морфина вошел в число наиболее наркотических опиатов. На сегодняшний день он является одним из самых опасных и широко распространенных наркотиков, вместе с тем относительно недорогим и легкодоступным (17).

Источником по учения героина является опиум – высушенный млечный сок мака снотворного (*Papaver Somniferum L.*). Основу опиума составляют алкалоиды, которые представляют собой соли неорганических и органических кислот (до 50-60%). Всего в маке снотворном найдено около 50 алкалоидов, относящихся к 12 структурным типам. Извлекаемый из незаконного оборота так называемый уличный героин в зависимости от способа и региона производства может содержать от 1 до 98% активного компонента (15).

Вследствие высокой наркотичности героина, заболевание формируется в сжатые сроки. Влечение к наркотику возникает после нескольких проб, в течение месяца систематического приема героина полностью формируется синдром зависимости (17, 18). Известно, что для развития психической зависимости от героина, то есть до I стадии заболевания (в понимании И. Н. Пятницкой), достаточно 2 - 3 инъекций. Для присоединения физической зависимости, то есть абстинентного синдрома, необходимо 2 - 3 недели систематического потребления того или иного деривата опиума. Больной героиновой наркоманией может находиться в момент обследования в фазе наркотического одурманивания, «на излёте» одурманивания (фазе перехода в абстиненцию), в фазе разгара абстиненции и в периоде вне наркотического эксцесса. Различия в перечисленные периоды наиболее отчетливы при исследовании психического состояния.

Клинические признаки героиновой наркомании существенным образом не отличаются от признаков наркомании, обусловленной потреблением других представителей опиумной группы. Диагноз героиновой наркомании нередко устанавливают на основании факта наркотического опьянения или при повторных интоксикациях в сочетании с отклоняющимся (девиантным) поведением.

Внешние проявления наркотического опьянения многовариантны при злоупотреблении разных видов наркотических средств. Однако при этом выделяют общие признаки наркотического опьянения, доступные для выявления и не в специализированной клинике (18, 19):

- внешний вид и поведение;
- нарушение сознания (сужение, искажение или помрачение);
- изменение настроения (смешливость, беспричинное веселье, злобность, болтливость, агрессивность);
- нарушение двигательной активности (избыточность движений, жестикуляция, неусидчивость, расслабленность, стремление к покою);
- изменение координации движения (неустойчивость при ходьбе, покачивание в положении сидя и т.д.);
- изменение цвета кожных покровов (бледность лица и всех кожных покровов или наоборот покраснение лица и верхней части тела);

- и изменение диаметра радужки;
- повышенное слюноотделение или наоборот осиплость голоса, сухость в ротовой полости;
- изменение речи (подчеркнутая выразительность и ускорение или наоборот нечеткость, невнятность речи).

Осмотр больного, страдающего наркоманией, включает врачебную оценку соматического статуса. Особое внимание должно быть обращено на признаки опьянения, симптомы абстиненции и проявления хронической интоксикации. При хронической интоксикации общими симптомами, выявляемыми при первичном осмотре, независимо от вида наркотика, являются: бледность кожных покровов и слизистых, дефицит массы тела, артериальная гипотония, дистрофические поражения внутренних органов, хронические воспалительные процессы (18, 20).

При тщательном осмотре обнаруживаются следующие специфические признаки, указывающие на возможность злоупотребления: узкие зрачки (миоз) при интоксикации опиумными и некоторыми психотропными препаратами; следы инъекций, пигментация кожи над венами, флебиты, тромбофлебиты, склерозированные вены с образованием плотных хрящевидных тканей по ходу (разрастание соединительной ткани); наиболее типичные места инъекций – области локтевых сгибов, кисти (особенно с тыльной стороны), стопы, также на сосудах, более скрытых для визуального осмотра (например, в области гениталий); бледно-желтушный оттенок кожных покровов, снижение тургора кожи, выпадение волос, разрушение зубной эмали и выпадение зубов (18, 19).

Наряду с этими симптомами татуировки нередко являются косвенными диагностическими признаками наркомании. Проведенный анализ некоторых видов татуировок подтвердил их диагностическую значимость (21, 22). Так татуировки в виде черепа, пронзенного кинжалом или шприцем; бабочка; выливающийся джин из кувшина; гном со шприцем символизируют наркоманию. Цветок, стебелек, головка мака со слезой не исключают пристрастия к опиумным препаратам.

Потребление наркотических средств, и героина в частности, не только ведет к развитию личностных и психических нарушений, но и является причиной широкого круга соматических заболеваний (14, 20, 23, 24). Соматические поражения при наркоманиях в целом, маскируясь под заболевания различной этиологии, составляют весомую долю в структуре заболеваемости населения (25). Наркотическая зависимость повышает обращаемость за медицинской помощью в 14 - 15 раз, смертность среди больных наркоманией в 12 раз выше таковой среди всего населения (26).

Рост наркотизации и повышение уровня заболеваемости повлекло за собой увеличение смертности и резкое сокращение жизни среди наркоманов (27, 28), при этом, в 50,9% случаев её

причинами по ужи и какие-либо соматические заболевания (14, 25).

Многие вопросы, касающиеся поражения внутренних органов при героиновой наркомании, остаются спорными и нерешенными. Диагностика хронических заболеваний у больных этой группы затруднительна, так как под влиянием психотропных средств в течение продолжительного времени у них отсутствуют жалобы на нарушения функций внутренних органов. Наркоманы относятся к группе высокого риска по ВИЧ – инфекции, создают своеобразный резервуар для распространения как наркотической, так и вирусной эпидемий (29, 30, 31).

Если больные I стадии наркомании погибают, в основном, от передозировки, вызывающей паралич дыхательных мышц, остановку сердца, то при II и III стадиях причинами смерти являются соматические нарушения, инфекционно-септические осложнения, самоубийства (32, 33). Асоциальный образ жизни, несоблюдение правил личной гигиены и асептики, снижение иммунитета в результате длительного токсического действия героина способствуют возникновению бактериальных, грибковых, вирусных и оппортунистических инфекций. При этом остается низкой осведомленность врачей о наличии наркологической патологии у соматических больных, хотя распространенность её у лиц, в частности с сердечно-сосудистыми заболеваниями, достигает 23% (23).

Наиболее характерными соматическими заболеваниями для больных героиновой наркоманией являются поражения сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени и почек.

Отрицательными последствиями внутривенного введения героина считают инфекционные поражения сердечно-сосудистой системы (34, 35, 36, 37). У 50% лиц, использующих наркотики внутривенно, описывается инфекционный эндокардит, протекающий с лихорадкой, полиартритом, тромбоэмболическим синдромом в сочетании с остеомиелитом и артериовенозными свищами. Течение инфекционного эндокардита у наркоманов имеет клинические особенности. Для него характерна первичная форма, высокая степень активности, тяжелое течение на фоне вторичного иммунодефицита, полиорганное вовлечение, преимущественное поражение трикуспидального клапана, с последующим развитием сердечной недостаточности, высокая смертность.

По данным J. J. Pulvurenti (38) первичный инфекционный эндокардит у наркоманов чаще вызывается стафилококком, энтерококком, грамотрицательными бактериями и патогенными грибами. Наряду с этим, в работах ряда авторов (39, 40) указано на то, что героин обладает определенным иммунотоксическим эффектом, большим, чем у других опиоидных алкалоидов. После нескольких введений наркотика развиваются аутоаллергические и аутоиммунные реакции с поражением сердца, печени, селезенки и суставов. И соответственно иммунотоксическая

симптоматика нарастает с длительностью употребления героина. Вероятность аутоаллергий при введении героина подтверждают случаи смерти при употреблении даже небольшой дозы героина после длительной ремиссии (40).

Имеются данные о способности героина и других наркотиков вызывать склерозирование вен, флебиты, токсические повреждения сосудов с развитием системных васкулитов, в основе которых лежат иммунопатологические реакции. По мере прогрессирования системного васкулита возникают многообразные повреждения: миокарда, перикарда, легких, плевры, почек (41, 42). Christie D. J. и соавт. описали случаи развития геморрагического синдрома с иммунной тромбоцитопенией, которые были вызваны примесями хинидина в героине (43).

Со стороны органов кроветворения отмечаются разнообразные изменения. Хорошо известна клиника и морфология лимфоаденопатии при героиновой наркомании (44). Увеличение лимфатических узлов может быть обусловлено следующими основными причинами: “банальные” инфекции, спровоцированные ослабляющим иммунитет эффектом героина; как проявление хронического гепатита, особенно вирусной этиологии, в этом случае помимо гиперплазии лимфатических узлов (в том числе портальных), отмечается и гиперплазия селезенки; проявление “немой лимфоаденопатии” в течении ВИЧ – инфекции.

За последнее десятилетие накоплены сведения о действии героина на систему органов дыхания. Во многом это связано с большой частотой интраназального и ингаляционного путей введения наркотиков (23, 45). Длительное вдыхание паров героина на протяжении многих месяцев вызывает бронхоспазм и тяжелые приступы бронхиальной астмы. По данным американских исследователей, при тяжелых приступах бронхиальной астмы у молодых людей, всегда нужно иметь в виду возможность злоупотребления наркотиком (45, 46). Наряду с этим возможно развитие респираторного дистресс-синдрома взрослых. Легочные проявления могут манифестировать отеком легких, который развивается не только после передозировки наркотика, но и после введения его обычных доз.

Давно описано и широко известно развитие гранулематозных поражений легких при внутривенном введении героина, что связано с использованием недостаточно очищенного наркотического средства. Гранулемы являются чаще всего талькозными, их диагностические критерии подробно описаны (46). Легочные гранулематозы являются по существу проявлением васкулитов, связанных с циркуляцией в малом круге кровообращения инородных тел. С этим связаны описываемые в литературе явления фиброза интимы легочных сосудов с тромбозами и развитием в последующем легочной гипертензии. К тому же плохо очищенный героин за счёт примесей угнетает дыхательный центр.

Чаще, чем в целом по популяции, встречаются инфекционные поражения органов дыхания (47). Нередко их развитие связано с наблюдающимся у наркоманов иммунодефицитом, как ассоциированным с ВИЧ – инфекцией, так и развивающимся самостоятельно в ответ на введение наркотиков (11, 48). Возбудителями пневмоний служат цитомегаловирусы, пневмоцисты, условно – патогенная флора, микобактерии, патогенные грибы (46, 49).

Нередко диагностируют легочные кандидозы как проявление системного кандидоза. Системным кандидозом страдают лица, употребляющие так называемый «жёлтый героин», который из-за плохой растворимости в воде разводят в лимонной кислоте и других кислых средах, в технологии приготовления героина для ацидофикации раствора. Между тем лимонный сок – хорошая среда для роста *Candida albicans* (50).

Героиновая наркомания сопровождается поражением органов желудочно-кишечного тракта, особенно печени. Есть много сообщений о возрастающей частоте случаев вирусного гепатита при наркоманиях (48, 51, 52). По данным В. Stimmel у героиновых наркоманов ВИЧ размножается очень быстро (53). При этом подавление иммунной защиты выражается в нарушении не только специфических (гуморальный, клеточный), но и неспецифических защитных систем – кожного барьера, слизистых оболочек. Особенно много среди них больных СПИДом. С одной стороны, это объясняется сильным иммуносупрессорным действием героина, с другой – высокой его стоимостью по сравнению с другими наркотиками, поэтому потребность в заработках увеличивает число гомосексуальных связей наркоманов.

Острый вирусный гепатит, развивающийся при героиновой наркомании в результате несоблюдения правил асептики, по данным S. J. M. Milicua и соавт. (54) протекал с увеличением печени у 20% больных, гипербилирубинемией и повышением активности трансаминаз – у 54%. При этом он характеризовался рецидивирующим течением с переходом в хронический гепатит и цирроз печени.

Часто при героиновой наркомании выявляются признаки хронического гепатита вирусной этиологии (55, 56). Z. V. D. Weller и соавт. при обследовании 116 наркоманов в 72% случаев обнаружили признаки HBV - инфекции и впервые предположили в 4% случаев поражение печени вирусом ни А, ни В, а вирусом гепатита С (56). В наиболее крупном исследовании L. F. Seef и соавт. изучено состояние печени 347 наркоманов. У большей части больных обнаружена гипераминотрансфераземия, у 60% - Hbs – антигенемия. Морфологическая картина печени соответствовала преимущественно хроническому персистирующему гепатиту (57). В другом исследовании L. S. Rasela и соавт. при гистологическом изучении печени героиновых наркоманов, когда в технологии приготовления героина использовался тальк,

выяви и гранулематозный гепатит. Примерно в четверти биоптатов выявлен тальк в купферовских клетках. Это позволило авторам предложить определение талька в качестве диагностического критерия поражения печени при наркомании (58).

Не являются редкостью также воспалительные и дистрофические процессы в печени, не связанные с вирусным гепатитом (хронический активный гепатит, цирроз печени). D. Lescomte и соавт. обнаружили в препаратах печени у 27 из 37 погибших наркоманов в возрасте 16 - 30 лет признаки хронического воспаления. Морфологические изменения при хроническом повреждении печени проявлялись разрастанием фиброза, некрозом, инфильтрацией мононуклеарами, баллонной дистрофией, жировым перерождением гепатоцитов (59).

Вазоспастическое действие героина может вызвать ишемическое повреждение кишечника, а иногда кровотечение на различных уровнях желудочно-кишечного тракта (60).

Почки являются одним из центральных органов-мишеней у больных наркоманией (14, 20, 61, 62, 63, 64). Патологический процесс в почках – одно из основных соматических осложнений при героиновой наркомании. При этом авторы отмечают частое обнаружение различных вариантов иммунокомплексного гломерулонефрита, связанного с непосредственным введением героина или интеркуррентными инфекциями.

Так, по данным D. Thierman – Duffend длительный прием героина в молодом возрасте приводит к поражению почек с развитием нефротического синдрома. В основе его развития лежит очаговый и сегментарный гломерулосклероз (63). В наиболее крупном исследовании героиновой нефропатии E. E. Canningham и соавт. изучили клинко-функциональное состояние почек у 23 наркоманов (62). Нефропатия протекала с развитием нефротического синдрома и прогрессирующей почечной недостаточностью. Морфологически почечные повреждения выглядели как склерозирующий гломерулонефрит. Учитывая отсутствие пролиферативных изменений и иммунных отложений, исследователи высказали предположение, что основной патогенетический механизм поражения почек состоит в непосредственном токсическом действии самого героина. В этой же работе приведена эпидемиологическая оценка патологии почек в Буффало, которая охватывала период в четыре с половиной года. При этом у лиц в возрасте от 18 до 45 лет внутривенное введение героина было обнаружено в 26% случаев склерозирующего гломерулонефрита и в 13% терминальной стадии *хронической почечной недостаточности* (ХПН).

F. Llach и соавт., при обследовании 19 пациентов с героиновой нефропатией, у большинства из них выявили нефротический синдром и прогрессирующее ухудшение функции почек. Продолжительность наркомании была от 3,8 до 8 лет. Биопсия почек об-

наружи афокальный гомеруоскериоидеопиты иммуноглобулина J и M. По мнению исследователей, это служит доказательством того, что иммунологические реакции играют определенную роль в развитии почечной патологии при героиновой наркомании (61).

А. А. Bakir и соавт., изучая этиологические факторы заболеваний почек, обнаружили, что наркотики могут быть причиной нарастающей гипертензии, *острой почечной недостаточности* (ОПН) вследствие рабдомиолиза и прогрессирования предшествующих заболеваний почек. По меньшей мере, в 20% случаев они явились причиной терминальной стадии ХПН у афроамериканцев (64). Героиновая нефропатия часто сочеталась с ВИЧ – инфекцией. Связь нефропатии с ВИЧ-инфекцией можно предположить при развитии поражении почек на фоне триады: лихорадки постоянного типа, упорной диареи и снижения массы тела (более чем на 10% за 1-2 месяца). Характерны также анемия, лимфопения с увеличением заднешейных и подмышечных лимфатических узлов, поражение кожи и слизистых оболочек.

С. Stehman-Breen и соавт. (65), обследуя героиновых наркоманов с фокально-сегментарным гломерулосклерозом, у 50% из них обнаружили HCV – инфекцию и у всех гипертензию. Героиновая нефропатия у лиц, инфицированных HCV, морфологически проявлялась сегментарным склерозом, канальцевой атрофией и интерстициальным воспалением.

В работе S. J. M. Milicua и соавт. (54), при аутопсии у 7 из 50 (14%) умерших героиновых наркоманов, выявлен амилоидоз почек. По своим химическим параметрам амилоид у наркоманов не отличался от амилоида, выявленного при хронических воспалительных заболеваниях. Почти в таком же проценте случаев выявлен амилоидоз почек в работе J. Neugarten и соавт. (66).

При наркоманиях, в том числе героиновой, нередко отмечают клиническую картину рабдомиолиза, что находит отражение в патологии почек в виде развития миоглобинурийного нефроза (67). Обструкция за счет миоглобинурийного нефроза – частая и наиболее тяжелая форма острой внутриканальцевой обструкции. ОПН за счет рабдомиолиза сопровождается отеком и болезненностью поврежденных

мышц, а также биохимическими признаками мышечного некроза (повышение уровня лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы крови). Одновременно обнаруживаются гиперурикемия, нарастающая гиперкалиемия. Гиперкалиемия быстро достигает критических цифр и может вызвать внезапную смерть от остановки сердца.

Одной из частых причин поражения почек при героиновой наркомании является вторичный гломерулонефрит на фоне инфекционного эндокардита (34, 35, 36, 37). А. А. Демин и соавт. (34) провели обследование 43 больных инфекционным эндокардитом, страдающих опиоидной наркоманией. Поражение почек было отмечено у 70% больных. Клинически нефрит проявлялся мочевым синдромом в виде микрогематурии, умеренной протеинурии, цилиндрурии. Острая почечная недостаточность развилась у 30% больных и носила обратимый характер при рациональном лечении инфекционного эндокардита.

Инфекции мочевых путей при героиновой наркомании наблюдаются нередко и, вероятно, отражают иммуносупрессивное действие героина (20, 64). При этом возможно развитие и обострение не только хронического пиелонефрита, но и острых, гнойных форм пиелонефрита, в частности апостематозного нефрита. Острый пиелонефрит, с преобладанием элементов «гнойного нефрита», более характерен для наркоманов. Чаще он обусловлен гематогенным инфицированием почек с более частым обнаружением гноеродной кокковой флоры, протекает нередко в рамках системных инфекций, на фоне бактериемии (64, 68). Рано присоединяются тяжелые осложнения: гнойное расплавление почечных сосочков, септицемия, уросепсис, бактериемический шок.

Таким образом, анализ доступной отечественной и зарубежной литературы, касающейся изучения поражения внутренних органов при героиновой наркомании, свидетельствует о том, что в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы человека, с развитием как функциональных, так и органических поражений, которые нередко заканчиваются летально. Поэтому при лечении героиновой наркомании необходимо участие терапевта с целью своевременной диагностики и адекватного лечения соматических нарушений.

Литература:

1. Галкин В. А. Современные задачи наркологической службы // *Вопросы наркологии*. - 1996. - № 1. - С. 71-75.
2. Пятницкая И. Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // *Росс. мед. журнал*. - 1996. - № 4. - С. 5-10.
3. *Отчет о состоянии здравоохранения в мире. Победа над страданиями обогащения человечества*. - Женева: ВОЗ, 1997. - 240 с.
4. *Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы. Каз президентом Республики Казахстан от 16 мая 2000 г.* № 394.
5. Целинский Б. П., Коробов А. В. Незаконный оборот наркотиков и связанная с ним преступность в Российской Федерации: обзорно-аналитическая оценка // *Вопр. наркологии*. - 1996. - № 3. - С. 10-21.
6. Тажимаев Т. Наркотики в Казахстане – портрет сегодняшнего дня // *Фемида*. - 2001. - № 5. - С. 38-39.

-
-
7. Тушканов В. И. Наркобизнес: определим в понятии // *Вопр. наркологии*. - 1994. - № 2. - С. 68-72.
 8. *Наркологи* / Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е.: перевод с англ. – СПб: Бинном – Невский Диалект, 1998. - 318с.
 9. Погосов А. В., Мустафетова П. К. Опиные наркомании (история учения, этнокультурные аспекты, клиника, лечение). - М.: Белые Альвы, 1998. - 192 с.
 10. Adlaf E., Goodwin W. Substance use and work Disabilities among general Repletion // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. - 1992. - V. 18, № 4. - P. 341-388.
 11. Погосов А. В. Опиные наркомании (клинический, патохимический и терапевтический аспекты): дисс...докт. мед. наук. - Томск, 1992. - 230 с.
 12. Корчагина Г. А. Оценка ситуации со злоупотреблением наркотиками и модель региональной профилактической программы (на примере Санкт-Петербурга): автореф. ...канд. мед. наук. - Москва, 1995. - 25 с.
 13. Кошкина Е. А. Разработка моделей оценки, прогноза ситуации, связанной с потреблением наркотиков и стратегия профилактических действий: дисс...докт. мед. наук. - Москва, 1998. - 202 с.
 14. Пиголкин Ю. И., Богомолов Д. В., Шерстюк Б. В. и соавт. Судебно-медицинская диагностика хронической наркотической интоксикации по морфологическим данным // *Суд. мед. эксперт*. - 2000. - № 6. - С. 41-45.
 15. Симонов Е. А., Сорокин В. И., Дроздов М. А. и соавт. Сравнительное исследование героина // *Суд. мед. эксперт*. - 2000. - № 3. - С. 23-28.
 16. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркомании в России / *Вопр. наркологии*. - 1997. - № 3. - С. 3-12.
 17. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). - М.: Медпрактика, 2000. - 122 с.
 18. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994. - 544 с.
 19. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. - Л.: Медицина, 1991. - 304 с.
 20. Рудык Б. И. Соматические расстройства при наркоманиях // *Врач. дело*. - 1990. - № 1. - С. 97-101.
 21. Бажин Е. В., Борохов А. Г. О диагностическом значении некоторых видов татуировок у лиц с расстройством поведения, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками // *Тез. докл. 3 съезда невропатологов, нейрохирургов и психиатров ЭССР*. - Таллин, 1989. - Т. 2. - С. 23-25.
 22. Егоров В. В., Херсонский Б. Г. Психологический и психопатологический анализ татуировки // *Тез. докл. обл. научн.-практ. конф.* - Полтава, 1988. - С. 14-17.
 23. Кочеткова Е. А., Шерстюк Б. В., Гельцер Б. И. Кардиореспираторные нарушения при наркоманиях / *Тер. арх.* - 1998. - № 12. - С. 84-87.
 24. Сиволап Ю. П., Савченков В. А., Мишинаевский А. Л. и соавт. Множественное поражение внутренних органов при опиной наркомании // *Журн. неврол. и психиатрии*. – 2000. - № 6. - С. 64-65.
 25. Врублевский А. Г., Егоров В. Ф., Кошкина Е. А. и соавт. Смертность среди наркоманов, вводящих наркотики внутривенно, в городе Москве (эпидемиологическое исследование) // *Вопр. Наркологии*. – 1994. - № 4. - С. 80-85.
 26. Chambers H. F., Mills J. Endocarditis associated with intravenous drug abuse // *Endocarditis*. - 1984. - P.183-200.
 27. Егоров В. Ф. Смертность среди больных наркоманией: автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 1995. – 22 с.
 28. Regional variations in deaths from volatile abuse in Great Britain Esmail /A. Warburton, B. Bland, J.M.Anderson, H.R.Ramsey // *J. Addiction*. - 1997. - V. 92. - № 12. - P. 1765-1771.
 29. Егоров В. Ф. К итогам совещания ВОЗ в Гродно («Новые подходы к проблеме борьбы с наркоманией и ВИЧ-инфекцией») // *Вопр. наркологии* 1994. - № 4. - С. 5-6.
 30. Рохлина М. Л., Иванец Н. Н. К вопросу о лечении больных наркоманиями зараженных ВИЧ // *Вопр. наркологии*. - 1999. - № 1. - С. 40-46.
 31. ВИЧ – инфекции у лиц употребляющих наркотики внутривенно /Терехин Ю. Н., Сергеев П. А., Фомин Ю. А. и соавт. //Актуал. вопр. ВИЧ-инфекции: Сб. материалов науч.-практ. конф. Санкт-Петербург. 29-31 окт., 1997. - СПб, 1997. - С. 138-140.
 32. Юрченко О. Н. Особенности танатогенеза на различных стадиях опиной наркомании // *Криминалистика и судебная экспертиза: Республ. межвед. научн.-методич. сборник. Мин. юстиции УССР. / Под ред. Бойко*. - 1988. - В. 37. - С. 99-103.
 33. The heroin epidemic in New York City: Current status and prognoses / Hamid A., Curtis R., Mc Coy K. et all. // *J. Psychoact. drugs*. - 1997. - V. 29, № 4. - P. 375-391.
 34. Демин А. А., Дробышева В. П., Вельтер О. Ю. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов // *Клин. мед.* - 2000. - № 8. - С. 47-51.
 35. Neufield G. K., Branson C. G., Marshall L. W. Infective endocarditis as a complication of heroin use // *South. Med. J.* - 1976. - Vol. 69. - P. 1148-1154.
-
-

-
-
36. Chambers H. F., Mills J. *Endocarditis associated with intravenous drug abuse // Endocarditis.* - 1984. - P. 183-200.
 37. Буткевич О. М., Виноградова Т. Л. *Больничный инфекционный эндокардит и эндокардит наркоманов // Тер. арх.* - 1998. - № 8. - С. 56-58.
 38. Pulvurenti J. J. *Infections endocarditis in drug users: importance of HIV virus serostatus and degree of immunosuppression // Clin. Inf. Dis.* - 1996. - Vol. 22. - P. 40-45.
 39. Giusti G. V., Chiarotti M., De Mercurio D. et al. *Diagnostic problems in heroin – related deaths. // Acta Med. leg. et soc.* - 1985. - Vol. 35. - P. 755-758.
 40. Mandarano C., Weiss N., Frieri M. *Acute bacterial endocarditis, osteomyelitis and an arteriovenous fistula in a intravenous drug abuser // Ann. Allergy.* - 1985. - Vol. 54. - P. 385-389.
 41. Gendelman H. L., Barland P., Bezahler G. H. *// Leukocytoclastic vasculitis in an intravenous heroin abuser // N. J. State J. Med.* - 1983. - Vol. 83. - P. 984-986.
 42. Fauci A. S., Haynes B. F., Kats P. et al. *The spectrum of vasculitis. Clinical, pathologic, immunology and therapeutic considerations // Ann. Intern. Med.* - 1978. - Vol. 89. - P. 660-666.
 43. Christie D. J., Walver R. H., Kolins M. D. et al. *Quinine – induced thrombocytopenia following intravenous use of heroin // Arch. Intern. Med.* - 1983. - Vol. 143. - P. 1174-1175.
 44. Haastrup S., Jensen P. W. *Eleven year follow of 300 young opioid addicts // Acta Psychiat. Scand.* - 1988. - Vol. 77. - P.22-26.
 45. Oliver R. M. *Bronchospasm and heroin inhalation // Lancet.* - 1986. - № 8486. - P. 915.
 46. Schoenberger C. I., Crystal R. G. *Drug-induced lung disease. In K. J. Isselbacher et al.(eds). Update IV: Harrison's Principles of Internal Medicine.* - New York, Mc Graw-Hill, 1983. - P. 49-74.
 47. George W. L., Finegold S. M. *Bacterial infection of the lung // Chest.*-1982. - Vol. 81. - P. 502-504.
 48. Inciardi J. *HIV, AIDS and intravenous drug use // J. Drug. Issues.* - 1990. - Vol. 20. - P. 181-194.
 49. Drouhet E., Dapint B. *Mycotic infection complicating heroin addicts // Ann. Ins. super sanita.* - 1987. - Vol. 23. - P. 736-742.
 50. Miro J. M., Puig de la Bellacasa G., Odds F. C. et al. *Systemic candidacies in Spanish heroin addicts: a possible source of infection // J. Infect. Diseaseis.* - 1987. - Vol. 156. - P. 857-858.
 51. Кузнецов А. С., Лихачева Н. В., Шенелева С. Д. и соавт. *Состояние печени у наркоманов и токсикоманов в период ремиссии // Вопр. наркологии.* - 1990. - № 2. - С. 20-23.
 52. *Hepatitis C virus infection in Italian intravenous drug users: Epidemiological and clinical aspects // Liver.* - 1995. - Vol. 15. - P. 209-213.
 53. Stimmel B. *AIDS, alcohol and heroin: a particularly deadly combination // Adv. Alcohol subs. Abuse.* - 1987. - Vol. 6. - P. 1-5.
 54. Milicua S. J. M., Faro L. M. V., Buerno G. R. et al. *Estudio prospective de hepatopatia en 50 heroinmans / Med. Clin.* - 1984. - Vol. 82. - P. 5-8.
 55. Цикин Д. Б., Ланцова Н. А., Величко А. Г. *Поражение печени у больных страдающих наркоманией и токсикоманией // Мат. 4 Всесоюзн. съезда гастроэнтерологов.* - Л., 1990. - С. 282-283.
 56. Weller Z. V. D., Cohu D., Sierralta A. et al. *Clinical, biochemical, serological and ultrastructural features of liver diseases in drug abuses // Gut.* - 1984. - Vol. 25. - P. 417-423.
 57. Seef L. B., Kierman T., Zimmerman H. Z. et al. *Hepatic disease in asymptomatic paranteral narcotic drug abuses. Ann. Veterans Administration collaborative studio // Ann. J. Med. Sci.* - 1975. - Vol. 270. - P. 41-47.
 58. Racela L. S., Papasian Ch., Watanabe I. et al. *Systematic talc granulomatosis associated with disseminated histoplasmosis in a drug abuser // Arch. Path. and Lab. Med.* - 1988. - Vol. 112. - P. 557-560.
 59. Lecomte D., Barres D., Durigon M. et al. *Lesions histologigues hepaticues chez les toxocomanes decedes / Acta med. leg. et soc.* - 1983. - Vol. 33. - P. 819-823.
 60. Stefens B. G. *// Spitz W. et al. / Medicoloegal Investigation of death.* - 3-d Ed. Springfield, 1993. - P. 733-766.
 61. Llach F., Descoedres C., Nassry S. G. *Heroin associated nephropathy: clinical and histological studies in 19 patients. // Clin. Nephrol.* - 1979. - Vol. 11, № 1. - P.7-12.
 62. Cunningham E. E., Brentgens J. R., Zieleszey M. A. et al. *Heroin nephropathy. F clinicopathologie and epidemiological study. // Am J Med.* - 1980. - Vol. 68, № 1. - P. 47-53.
 63. Thierman – Duffend D. *Nephropathies a I heroine. // Press vtd.* - 1984. - Vol. 13, № 10. - P. 590-591.
 64. Bakir A. A., Dunea G. *Renal disease in the inner city. // Semin Nephrol.* - 2001. - Vol. 24, № 4. - P. 334-345.
 65. Stehman – Breen C., Alpers C. E., Fleet W.P et al. *Chronic HCV infection may contribute to “heroin nephropathy” // Nephron.* - 1999. - Vol. 81. - P. 37-40.
 66. Neugarten J., Gallo G. R., Buxbaum J. et al. *Amyloidisis in substaneons heroin abusers // Amer. J. Med.* - 1986. - Vol. 81. - P. 635-640.
 67. Monotti R. *Rhabdomyolisis in intravenous drug abusers // Schweiz. Med. Wsch.* - 1993. - Bd. 123. - S. 881-886.
 68. Bang N. L., Kish M. A., Kauffman C. A. et al. *// Bacteriemie in intravenous drug abusers // Amer. J. Med.* - 1985. - Vol. 78. - P. 569-574.
-
-

АКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АВИСИМОСТИ ОТ ТОКСИЧЕСКИ И ДРУГИ ПСИ ОАКТИВНЫ ВЕЩЕСТВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

А. С. Каражанова, Ж. Х. Сексенова, Д. С. Мусин

Проблема употребления психоактивных веществ остается одной из актуальных тем и это связано с существенно возросшими за последние годы масштабами и темпами распространения наркотической зависимости как в мире в целом, так и в Центрально - Азиатском регионе и в Республике Казахстан в частности. В Казахстане общее количество вновь выявленных наркопотребителей (показатель первичной заболеваемости) за последние 10 лет увеличилось в 20 раз и обнаруживает стабильную тенденцию к дальнейшему росту.

Еще одним доказательством актуальности данной тематики является введенный в Республике с 1999 года учёт показателей распространенности зависимости от различных классов психоактивных веществ среди детского населения. По официальным данным на начало 2005 года в Республике насчитывалось 2073 детей, состоящих на учете в наркологических учреждениях. Анализ показателей первичной заболеваемости и болезненности на 100 тысяч детского населения в Казахстане по общему классу психоактивных веществ за последние пять лет выявил их рост в 3,8 и 2,1 раза соответственно, а также общую тенденцию к увеличению числа потребления табака (в 13,4 и 27,4 раза соответственно), алкоголя (первичная заболеваемость в 2,8 раза), летучих растворителей (в 4,9 и 8,24 раза соответственно) и сочетанного употребления ПАВ среди детского контингента (в 8 и 16,7 раз соответственно) [7, 8, 9].

Широкий выбор (летучие вещества, содержащиеся в лаках, красках, горючих материалах (бензин, газолин, толуол), растворителях, и т. д.), доступность и дешевизна объясняет учащение случаев злоупотребления токсическими веществами детьми 7-12 - летнего возраста. В течение последних пяти лет практически во всех регионах Казахстана широкое применение получили толуол и толуолсодержащие средства бытовой химии: различные клеи, краски и разбавители красок.

Острая интоксикация

В клинической картине опьянения токсическими веществами у детей можно проследить ряд последовательных фаз. *Начальная фаза* представлена комплексом сомато-вегетативных нарушений, развивающихся после 1–2 интенсивных вдыханий. Появляются головокружение, головная боль, слабость, слезотечение, кашель, тошнота, иногда рвота, двоение в глазах. При продолжении ингаляции после 3–4 вдохов на высоте опьянения появляется эйфорический эффект – повышается настроение с оттенком благодушия, беспечности, довольства (*эйфоричес-*

кая фаза). Её сменяет *психотическая фаза*, в структуре которой преобладают делириозные расстройства с обилием зрительных (чаще зоопсии) и слуховых галлюцинаций, онейроидноподобные состояния с фантастическими грёзоподобными галлюцинациями (на сленге детей и подростков, употребляющих токсические вещества – «мультики»), иногда наблюдаются нарушения сенсорного синтеза («укорачиваются или «удлиняются» конечности, «расширяется» голова и т.д.). Проявления этой фазы развиваются после 5–10 интенсивных вдыханий ингаляционного психоактивного вещества. *Фаза остаточных проявлений* характеризует выход из интоксикации. После прекращения вдыхания токсичного вещества психотические нарушения постепенно исчезают, восстанавливается ориентировка. Одновременно вновь появляются головная боль, слабость, тошнота, у некоторых больных развивается рвота. В последующие 2–3 часа у больных наблюдается субдепрессивное состояние с адинамией, сонливостью, вялостью, утомляемостью [10].

У детей в виду ускоренного обмена веществ состояние опьянения непродолжительно, в сравнении с взрослыми людьми и более старшими подростками, по времени. Однако при появлении навыков поддерживать определенный уровень интоксикации, его продолжительность может достигать 60 минут. Несмотря на меньшую дифференцированность субъективного восприятия наркотизации, когда потребители токсических веществ затрудняются выделить этапы опьянения и наиболее притягательные проявления, предпочтительным периодом являются эйфорическая и начало психотической фаз. В этот период контроль сознания ещё полностью не утрачен и с помощью дополнительных порций токсичного вещества становится возможным «просматривать мультики». Функционирование сознания и мировосприятия ребёнка преимущественно в чувственно-образных, а не логически-вербальных, как у взрослых, категориях объясняет лёгкость фантазирования. Вдыхание летучих растворителей растормаживает, усиливает процесс фантазирования, стирая границы между явью и галлюцинациями. Фабула галлюцинаторных переживаний зависит от уровня интеллекта, кругозора и предшествующего наркотизации эмоционального фона ребенка. Увиденные персонажи, как правило, являются героями популярных фильмов, комиксов, компьютерных игр и т. д. В последующем галлюцинаторные и иные переживания не амнезируются и, нередко, оживают в памяти при повторных ингаляциях паров токсического вещества. Выход из состояния опьянения возможен на любом этапе интоксикации.

Поведение субъекта в период интоксикации может напоминать алкогольное опьянение. Больные возбуждены, беспричинно смеются или, наоборот, заторможены. Изо рта и от одежды исходит запах используемого токсического вещества. Жалобы чаще всего отсутствуют.

При объективном обследовании наблюдаются: бледность кожных покровов, лёгкий или умеренный цианоз носогубного треугольника, иногда со следами шелушения – следствие местного воздействия клея или растворителя, мидриаз, нистагм, тремор век и пальцев рук, оживление сухожильных рефлексов, шаткая походка, неустойчивость в позе Ромберга. Пульс замедлен или учащен, АД несколько понижено, тоны сердца приглушены, дыхание учащенное, при аускультации - везикулярное, нередко выслушиваются сухие хрипы. Живот, как правило, при пальпации безболезненный, в некоторых случаях возможны боли в животе и усиление перистальтики. В ряде случаев наблюдаются инъекция склер и раздражение слизистой гортани.

Влечение к психоактивным веществам

Основной причиной первого употребления ПАВ является любопытство. Следующими мотивами первой пробы психоактивных веществ в порядке убывания являются использование токсических веществ как способа избавления от скуки, из подражания, из-за ощущений новизны и под давлением окружающих. Последнее наиболее характерно для детей 10-14 - летнего возраста, что вполне объяснимо психологическими особенностями данного периода развития, а именно, реакцией группирования, когда ребенок входит в группу и для того, чтобы быть принятым в ней, происходит проба ПАВ [2]. В стихийно складывающейся токсикоманической группе движущим мотивом становится стремление поступать «как все», «за компанию» и т. п. В уже сформировавшейся группе, как правило, состоящей из 2 - 4 человек, потребность в ингаляции токсическими веществами становится одним из способов совместного времяпрепровождения, общения. Ребята рассказывают друг другу о своих чувствах, возникающих образах, зачастую преувеличивая свои ощущения (*период эпизодического употребления*). В этот период прослеживается феномен «групповой психической зависимости», когда опьянения парами токсических веществ ограничиваются только пределами группы, вне её ингаляции прекращаются. Распад группы или изоляция самых активных «нюхальщиков» приводит к прекращению употребления отдельными её членами. При продолжении регулярного вдыхания паров клея, красок или растворителя мотивами становятся вполне осознанное желание достичь состояния эйфории, увидеть «продолжение мультиков», «поймать кайф». Впервые появляется потребность к уединению (*первая стадия*). Дальнейшее употребление токсикоманических средств приводит к исчезновению борьбы мотивов [10].

В течение к токсическим веществам в детском возрасте на этапе эпизодического употребления и первой стадии зависимости квалифицируется как обсессивное. Данное состояние возникает в силу вышеперечисленных причин. При этом дети достаточно критически оценивают складывающуюся ситуацию и при угрозе репрессивных мер со стороны взрослых могут легко отказаться от употребления токсикоманических средств. При невозможности наркотизации наблюдаются: постоянные мысли о ПАВ, эмоциональное напряжение, снижение настроения, появляется чувство «скуки», неудовлетворенности. В беседе при упоминании о наркотизации появляется некоторое оживление, сопровождающееся слабо выраженными проявлениями со стороны вегетативной нервной системы. Усиление признаков влечения к токсическому веществу может спровоцировать разговор об ингаляциях, встреча с приятелями - токсикоманами. Обсессивное влечение является одним из ранних симптомов и, несмотря на это, оно представляет значительную терапевтическую проблему, которая исчезает практически в последнюю очередь или может сохраняться в период ремиссии. Поведенческие расстройства (у детей обычно психопатоподобное поведение) возникают при обострении патологического влечения к токсическим веществам, проявляются выраженным негативным отношением к морально-этическим нормам любой микросоциальной структуры, будь то семья, лечебное учреждение, школа и пр. [1].

Клиника компульсивного влечения у пациентов детского возраста появляется при сформированной зависимости от токсического вещества и характеризуется агрессивным поведением (вербальная агрессия по отношению к другим пациентам, отказ от назначений, конфликты с персоналом), развитием тревожных состояний, диссомническими расстройствами. При этом важным представляется то, что степень выраженности компульсивного влечения в детском возрасте, по сравнению с взрослыми пациентами и пациентами подросткового возраста, менее интенсивна.

В качестве ещё одной особенности детского наркотизма необходимо отметить способность к дезактуализации влечения к ПАВ, объясняющейся особенностями психологического развития детского возраста, когда появление доминирующего интереса может вызвать «спонтанную ремиссию».

Изменение реактивности организма

Изменение толерантности. Толерантность представляет собой способность переносить введение дозы ПАВ с сохранением функционирования и опеределается по максимально переносимой дозе [1].

В период эпизодического употребления признаки повышения толерантности у детей появляются быстрее, чем у подростков и взрослых пациентов. О разовой толерантности можно судить по количеству

вдыханий, требуемых для достижения эйфорической фазы (на этом уровне контроль сознания еще не утрачивается и больные способны отдавать отчет о своих действиях). Больных токсикоманией в первой стадии толерантность возрастает с 2–3 до 7–10 вдохов. Во второй стадии толерантность к токсическим веществам остается на прежнем уровне или продолжает увеличиваться. Отсутствие стадии «плато» толерантности при сформированной зависимости от ПАВ является еще одной особенностью и объясняется интенсивным физиологическим ростом детей.

Изменение формы потребления ПАВ связано с изменением частоты, мотивации и обстоятельств приема психоактивных веществ. При этом токсикоманическое поведение уходит от изначальных социально-психологических условий, выпадает ситуация общения [1]. То есть если вначале дети, как правило, вдыхали только в компании «сопакетников», то теперь появляется потребность в уединении.

Исчезновение защитных реакций. Присутствующие на стадии эпизодического употребления защитные реакции организма (головная боль, кашель, тошнота, рвота и др.) с переходом к регулярной интоксикации исчезают. Исчезновение защитных реакций – симптом, свидетельствующий об адаптации организма к высоким дозам токсического вещества, служит демаркационной линией при оценке сформированности первой стадии заболевания.

Изменение формы опьянения – нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения, или появление несвойственных ему качеств и компонентов, или изменение его динамики. Развивается на фоне уже существующих компонентов основного синдрома: при систематической наркотизации, сформированной высокой толерантности и исчезновении защитных реакций [1].

Таким образом, у детей регулярно употребляющих токсичные вещества на первой стадии появляется способность поддерживать требуемый уровень в течение длительного времени (до нескольких часов). При этом структура переживаний «задаётся» самим субъектом: в памяти оживают события из прочитанных книг, просмотренных кинофильмов и т. п. Во второй стадии развития зависимости эйфоризирующее действие бензина начинает ослабевать («бензин перестал действовать»). Для потенцирования эйфории больные начинают прибегать к использованию других ингалянтов (ацетон, нитроэмаль, эфир, краскорастворители и др.), алкоголя, лекарственных препаратов (димедрол, теофедрин и прочие).

Таким образом, токсикомания становится исходным этапом для последующего развития политоксикоманий. Меняется структура опьянения: по их яркости, красочности, аффективной насыщенности они уступают галлюцинаторным образам первой стадии заболевания. Увеличение дозы не «улучшает» картины опьянения, а приводит к оглушению, выключению сознания [10].

В отношении данного при нака необходимо отметить сравнительно высокую скорость его развития в детском возрасте по сравнению с подростками и взрослыми людьми.

Астенический (неврастенический) синдром

Пристрастие к вдыханию токсических веществ не всегда носит характер физической зависимости и развития состояния отмены. Чаще всего у детей, злоупотребляющих ПАВ развивается постинтоксикационное состояние, характеризующееся астеническими проявлениями.

Здесь на первый план выступают состояния раздражительной слабости, повышенной раздражительности, несдержанности, склонность к аффективным разрядам недовольства, гнева. С другой стороны, отмечаются повышенная истощаемость аффекта с переходом к плачу, психическая утомляемость, непереносимость любого вида психического напряжения. Характерными являются выраженные вегетативные проявления: лабильность вазомоторных реакций, склонность к сосудистым обморокам, в частности, к ортостатическим, головная боль при утомлении, гипергидроз, повышенный рвотный рефлекс [3].

Качественным отличием астенического состояния от абстиненции является наличие влечения к токсическому веществу.

Синдром отмены

При прекращении употребления клея или других токсических веществ у больных развивается состояние отмены – абстинентный синдром, а точнее абстинентный симптомокомплекс – показатель сформировавшейся физической зависимости, ведущее и наиболее наглядное проявление болезни [1].

Сроки формирования зависимости к токсическим толуолсодержащим веществам сугубо индивидуальны. Они зависят от преморбидных особенностей, возраста, длительности и частоты ингаляций, состава вдыхаемого вещества.

У эпилептоидных и неустойчивых личностей сравнительно быстро (в течение 2-3 недель) формируется компульсивное влечение к ингаляциям. Сравнительно быстро токсикомания развивается и у лиц с органической церебральной недостаточностью и олигофренов. У шизоидов и сенситивных личностей токсикомания редко переходит границы первой стадии. Что касается интенсивности и частоты ингаляций, то в среднем при частоте наркотизации 2 - 4 раза в неделю психическая зависимость может сформироваться через 2 - 3 месяца, при ежедневных и интенсивных ингаляциях эти сроки сокращаются до 10-12 дней [10].

Структура абстиненции представлена психическим и соматоневрологическим компонентами. В психическом статусе на первый план выходят признаки влечения к психоактивным веществам, сопровождающиеся нарушениями сна и проявлениями со

стороны вегетативной нервной системы. Также имеют место выраженные колебания настроения. В первые сутки больные напряжены, злобны, отказываются от процедур, продуктивный контакт с ними невозможен. Начиная со вторых суток, появляется раздражительность, беспокойство, достигающее степени тревоги. Больные становятся вспыльчивыми, придиричивыми. Колебания настроения не связаны со временем суток, но четко прослеживается их связь с индивидуальным ритмом злоупотребления токсическим веществом, обострением синдрома влечения и субстрессовыми (стрессовыми) ситуациями [1]. К 5 - 6 дню двигательная активность ещё больше усиливается, пациенты требуют выписки, пытаются любым способом покинуть отделение, готовят побег. Поведение с трудом поддается коррекции. В амбулаторных условиях у лиц, воздерживающихся от употребления клея, в этот период чаще всего наступают рецидивы. Характерны нарушения сна – бессонница или прерывистый сон с кошмарными сновидениями. Разрядка наступает к 7 - 10 дню – моторная и аффективная подвижность стихает, поведение становится ровным, в настроении начинают преобладать легкие депрессивные наслоения [10].

В соматическом статусе в течение первых трёх суток у больных появляется головная боль, чаще диффузная, тупого или ноющего характера. Диспептические расстройства характеризуются снижением аппетита. Гораздо реже наблюдались тошнота, боли в животе с локализацией в эпигастрии или в правой подвздошной области, жидкий стул без примесей слизи или крови с частотой 3 - 6 раз в сутки, тахикардия, колебания пульса и АД. Начиная с 2 - 3 дня появляются боли в мышцах, чаще икроножных, тянущего характера, усиливающиеся в покое и в ночное время. Со стороны нервной системы определяются грубый тремор пальцев рук, дрожание век и языка, выраженный гипергидроз, резкая гиперрефлексия.

Соматические нарушения у большинства больных купируются к концу первой, психические и неврологические — началу третьей недели воздержания [10].

Таким образом, состояние отмены в детском возрасте характеризуется большим удельным весом психического компонента, а также меньшей степенью выраженности представленных симптомов, чем у подростков и взрослых людей. Данный факт объясняется феноменологической незавершенностью признаков абстинентного синдрома у пациентов детского возраста.

Особенности психического состояния и формирования изменений личности детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества

Характеризуя развитие и особенности формирования изменений личности, мы исходили из позиции формирования своеобразного «наркоманичес-

кого» дефекта в результате потребления ПАВ у наркозависимых лиц подросткового и зрелого возраста [4, 5]. Учитывая, что личность ребенка к 12 - 14 годам не полностью сформирована, более уместным определением данного признака будет «деструктивное развитие личности», так как токсическое действие ПАВ в совокупности с условиями развития и воспитания воздействует на ещё формирующуюся личность ребенка и оказывает своё деформирующее влияние. Результатом воздействия неблагоприятных факторов на развитие личности детей – потребителей ПАВ наиболее характерными являются следующие изменения:

- 1) преобладание астенических проявлений;
- 2) эмоциональная лабильность, преобладание пониженного настроения, дисфории, легкость возникновения аффектов;
- 3) интеллектуально - мнестическим нарушениям соответствует истощаемость внимания, расстройства памяти проявляются в форме неглубоких нарушений ряда важных психических функций: снижением всех видов памяти, концентрации внимания, бедностью ассоциативных процессов, быстрой истощаемостью интеллектуальной деятельности, относительной неспособностью к творчеству. Для таких больных характерна низкая успеваемость, снижение когнитивных способностей;
- 4) снижение целенаправленной активности, как результат патологической инверсии цели, отсутствие конструктивных поведенческих навыков, утрата прежних интересов, безучастность к происходящему, снижение инициативности;
- 5) уходы из дома, побеги из интерната, бродяжничество, агрессивное поведение, отрицательная социальная динамика (пропуски занятий, дублирование классов, постановка на учет у инспекторов по делам несовершеннолетних).

Психологические исследования детей - потребителей ПАВ определяют низкую самооценку, недоверчивость, снижение внимания. Для них характерны низкие общие мыслительные способности, затруднения в решении абстрактных задач, узкий спектр интеллектуальных интересов как результат педагогической запущенности.

Несовершеннолетние, употребляющие ПАВ, в большей степени, чем обычные дети и подростки испытывают потребность в любви, внимании и получении новых впечатлений. Они не способны контролировать свои эмоциональные импульсы и выражать их в социально допустимой форме. В поведении это проявляется как отсутствие ответственности, капризность.

Обследованные дети мало способны придать своей энергии конструктивное направление и расточать её. И как следствие этого, учеба не рассматривается ими как фактор развития, достижения и получения знаний, наблюдается общее снижение познавательной мотивации. С другой стороны, преобладание

неуспеха над успехом, подкрепляемое некими оценками их работы учителем, ведет к увеличению неуверенности в себе, чувству неполноценности, общему снижению познавательной мотивации и заниженному, по сравнению с реальными возможностями, уровню притязаний.

Исследование локуса контроля у потребителей психоактивных веществ детского возраста определяют экстернальную направленность ответственности.

Жизненный сценарий человека несёт в себе ценностно-смысловые доминанты, вписанные в образ мира ребёнка, и на основе которых, в дальнейшем, он действует. Методика ранней диагностики жизненных сценариев показывает, что существуют различия в ценностных доминантах и морально-этических нормах у детей, употребляющих ПАВ и не употребляющих. Так, дети, не употребляющие ПАВ, чаще выделяют сказки о приключениях главного героя, преодолевающего внешние и внутренние препятствия на пути к достижению поставленной цели, сказки о любви главной героини. По ходу развития сказочного сюжета герои обретают друзей, развивают у себя положительные личностные качества, принимают важные решения. Дети, употребляющие ПАВ, чаще отмечают сказки о мужестве и силе, которые помогают добиться поставленных целей, а также сказки, в которых обладание волшебными предметами или дружба с волшебными животными позволяет главному герою достичь исполнения всех желаний. При этом сами герои либо не отличались трудолюбием и целеустремленностью, либо опирались на отрицательные качества, в тоже время, зная, что в последствии они понесут за это наказание. Диагностика жизненных сценариев определяет значимые различия в морально-этических нормах. При сохранении у детей - потребителей ПАВ, доминирующих на настоящий момент вышперечисленных морально-этических норм, сохраняется вероятность развития личностей с низким нравственным уровнем [6].

Осложнения хронической интоксикации

Для изучения данного аспекта отмечалось наличие, уже развившихся, соматических осложнений в результате потребления ПАВ, а также изменения со стороны психической деятельности.

У детей при вдыхании паров толуолсодержащих веществ на первое место выступают энцефалопатические нарушения. Его начальным проявлениям соответствуют функциональные сомато - неврологические расстройства, психическим нарушениям - астенический синдром. Больные предъявляют жалобы на головные боли, повышенную утомляемость, слабость, сонливость, снижение аппетита, нарушения сна. При объективном исследовании отмечается: бледность кожных покровов, колебания пульса

и АД, гипергидроз, тремор, рапидный красный дермографизм. В психическом статусе преобладают явления раздражительной слабости, плаксивость, истероформные реакции. Определяются гиперрефлексия, болевая гиперестезия. При дальнейшем регулярном употреблении токсических веществ появляются органические изменения. При объективном осмотре обнаруживается рассеянная неврологическая микросимптоматика (поражение черепно-мозговых нервов, анизорефлексия, легкая пирамидная недостаточность). Неврологические нарушения устойчивы и прослеживаются в ремиссии. Ещё одним возможным осложнением токсикомании являются полинейропатия. Клинически полинейропатии проявляются болями в мышцах конечностей, парестезиями, акроцианозом и акротермией кистей, болезненность по ходу нервных стволов, болевой гиперестезией, снижением чувствительности в дистальных отделах конечностей, анизорефлексией [10].

Нарушается деятельность внутренних органов: секреторная деятельность желудка, страдает белковообразовательная и антиоксидантная функции печени, в крови отмечается лейкопения, умеренная гипохромная анемия, увеличивается СОЭ. Перечень соматических осложнений представлен, в основном, заболеваниями верхних дыхательных путей (41,3%), желудочно-кишечного тракта (21,2%), заболеваниями мочевыделительной системы (1,2%), снижением активности иммунной системы (3,8%), проявляющимся частыми простудными заболеваниями, аллергическими реакциями (2,5%). Относительно редкой коморбидной патологии способствует, во-первых, непродолжительный стаж злоупотребления ПАВ детьми. Во-вторых, дети, как правило, реже предъявляют жалобы на здоровье, поэтому все сопутствующие заболевания выявляются только при углубленном обследовании пациентов.

Со стороны психического здоровья у детей с большей частотой отмечаются снижение психической активности, обеднение эмоционального спектра, психопатоподобное поведение. Снижение психической активности было представлено утомляемостью – особенно при интеллектуальной деятельности, легко отвлекаемым вниманием, снижением интеллектуально-мнестических функций. Учитывая меньший стаж потребления ПАВ детьми, мы можем говорить о более быстром развитии осложнений в детском возрасте со стороны психической сферы. Психопатоподобный синдром проявляется нарушениями поведения, неуправляемостью, взрывчатостью, агрессивностью. Появляется стремление к систематическому бродяжничеству. Неуправляемость, асоциальность, криминальность таких больных становятся основными чертами поведения токсикоманов. С другой стороны, дети-токсикоманы часто сами подвергаются насилию.

Литература:

1. Бухановский А. О., Кут вкин Ю. А., Литвак М. Е. *Общая психопатология. Пособие для врачей.* - Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. - 416 с.
2. Каражанова А. С. Автореферат «*Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. клинические и социально – психологические аспекты.*».
3. Ковалев В. В. *Психиатрия детского возраста.* - М.: Медицина, 1995. - 559 с.
4. Козлов А. А., Рохлина М. Л. *Зависимость формирования наркоманической личности от предрасполагающих факторов // им. Корсакова.* – 2000. - №5. – С.16 - 20.
5. Козлов А. А., Рохлина М. Л. *Наркоманическая личность // Неврологии и психиатрии.* – 2000. - №7. - С. 23 - 27
6. Марашева А. А. *Антинаркотическая устойчивость в младшем школьном возрасте.* – Павлодар, 2005. – 102 с.
7. *Статистический сборник. - Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2000 году.* – Астана – Алматы, 2001.
8. *Статистический сборник. – Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2001-2002 годы.* - Алматы, 2003.
9. *Статистический сборник. – Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2003 -2004 годы.*
10. Узлов Н. Д. *Клиника, лечение и профилактика бензиновой токсикомании у детей и подростков.* / Под редакцией Пятницкой И.Н. // *Методические рекомендации.* – Москва, 1986. – 16 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ТОКСИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ

к.м.н. Т. Т. Киспаева, С. К. Минбаев, Ж. К. Омарова, К. П. Шинтемирова

В последние годы препарат Мексидол находит все более широкое применение в неврологической практике в виду его ноотропного, антиоксидантного, антигипоксического эффекта [1, 2], что позволяет в более короткие сроки восстановить трудоспособность, избежать инвалидизации определенной части больных и сократить сроки пребывания в стационаре [2, 3, 4].

Применение препарата Мексидол имеет немаловажное значение не только при сосудистых, травматических и метаболических заболеваниях, но и при токсических поражениях нервной системы. Учитывая, что действие препарата Мексидол имеет анти-токсический эффект, это представляет актуальный интерес применение препарата при острых токсических энцефалопатиях на фоне отравления суррогатами алкоголя.

Целью исследования явилось изучение неврологического статуса у больных с острой токсической энцефалопатией на фоне отравления суррогатами алкоголя при комплексном лечении с использованием препарата Мексидол. Исследование проводилось на базе токсикологического отделения Карагандинского областного многопрофильного лечебно - диагностического объединения (КОМЛДО). Было изучено 34 человек, больных токсической энцефалопатией на фоне отравления суррогатами

алкоголя, находившихся на лечении в 10-м токсикологическом отделении КОМЛДО. Диагноз выставлялся на основании анамнестических, клинических, лабораторных методов исследования. Возраст больных составил 18 - 21 год, по половому признаку: 10 женщин и 24 мужчины.

Все больные были разделены на две группы: основную, в которой больные наряду с обычной комплексной (сосудистой, ноотропной, метаболической, дезинтоксикационной) терапией получали препарат Мексидол, и контрольную, в которой больные на фоне комплексной терапии не получали препарат (таблица 1). Больным основной группы был назначен в первые сутки в дозе 5% раствор – 4 мл на физиологическом растворе 200,0 в/в в системе №10 ежедневно.

Исследуемые группы были идентичны по таким критериям как возраст, пол (таблица 1), а также уровень сознания (таблица 2) и очаговая неврологическая симптоматика.

Более половины больных основной и контрольной групп на момент поступления были в состоянии сопора или комы (таблица 2).

Состояние больных в исследуемых группах оценивали по степени нарушения сознания и выраженности очаговой симптоматики на момент поступления и на третьи сутки после лечения.

Таблица 1.

Распределение больных в основной и контрольной группах по половой принадлежности

Группа больных	Мужчины (чел.)	Женщины (чел.)
Основная (n=17)	12	5
Контрольная (n=17)	12	5
Всего	24	10

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от уровня нарушения сознания

Группа больных	Состояние сознания		
	Ясное	Сопор	Кома
Основная (n=17)	8	7	2
Контрольная (n=17)	8	7	2
Всего	16	14	4

При поступлении больные основной группы, находившиеся в сознании, предъявляли жалобы как общемозгового, так и астенического характера. Общемозговые жалобы характеризовались диффузной головной болью различной степени выраженности, тошнотой, рвотой. Астенические жалобы носили астено-ипохондрический, астено-депрессивный и астено-невротический характер.

Астено-невротические жалобы проявлялись следующими симптомами: повышенной нервозностью, неустойчивым настроением, раздражительностью, наличием периодических спазмов в горле. Астено-ипохондрические жалобы характеризовались чрезмерной тревожностью за свое здоровье и озабоченностью своего соматического состояния, фиксацией на неприятных ощущениях в голове и других частях тела, беспочвенными страхами, сосредоточенностью на своих переживаниях, своем заболевании. Астено-депрессивные жалобы характеризовались подавленным психическим состоянием, пониженным тоскливо-злым настроением, которое сопровождалось нередко двигательной заторможенностью, при этом наблюдалась выраженная утомляемость при незначительном усилии. Нередко имели место дисфорические эпизоды поведения больных, которые характеризовались напряженностью, повышенной раздражительностью, потерей аппетита, слезливостью, выявлялись нарушения суточного ритма сна и бодрствования.

Астенические жалобы стойкими сопровождалась астеническими симптомами, определяемых как субъективно, так и клинически (симптомом Минковского, Иоза-Стерлинга, диффузным и дистальным

гипергидрозом, микимором) и сочетались с общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой в 100% случаев.

При исследовании основной группы больных были отмечены неврологические расстройства со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН) в 100% случаев. Они проявлялись нарушениями в основном чувствительных и двигательных нервов (III, IV, VI, VII, XII, частично V). Так, ослабление фотореакций наблюдалось в 100%, нистагм горизонтальный различной степени выраженности в 100%, слабость конвергенции (односторонняя, двусторонняя) в 58,82%, недостаточность VI пары (односторонняя, двусторонняя) в 41,18%, центральный парез VII в 47,06%, центральный парез XII в 11,77%, гиперестезия наружных склобов Зельдера в 29,41%, гиперестезия внутренних склобов Зельдера в процентах. Симптомы орального автоматизма наблюдались в 82,35% случаев. Нистагм горизонтального типа наблюдался у 100% больных и носил среднеразмашистый характер в 52,94%, крупноразмашистый в 11,77%, мелкоразмашистый в 35,29% случаях.

Со стороны двигательной сферы поражение нервной системы отмечалось в 100% случаев. Двигательные расстройства проявлялись изменением глубоких рефлексов, изменением тонуса, наличием патологических рефлексов. При этом общая гипорефлексия отмечалась в 29,41%, общая гиперрефлексия - в 70,59%, анизорефлексии не наблюдалось. Патологические стопные знаки (преимущественно Бабинский с 2-х сторон) выявлялись в 100% случаях, что обуславливается действием токсина на кортико-спинальные связи. Изменение тонуса проявлялось его снижением в 41,18%, повышением в 58,82% (по экстрапирамидному типу), что обусловлено воздействием токсических веществ на подкорковые структуры головного мозга, которые при интоксикациях страдают в первую очередь. Параличей и парезов не наблюдалось.

Статико-координаторную и чувствительную сферу проверяли только у больных, находящихся в ясном сознании (9 человек). Координаторные расстройства наблюдались в 100%, проявляясь в 100% случаев тремором пальцев рук, в 70,59% двусторонним интенционным тремором и в 100% двусторонней телебрадикинезией при выполнении координаторных проб, неустойчивостью в позе Ромберга в 82,35%. Расстройств поверхностной и глубокой чувствительности у больных, находившихся в сознании, не наблюдалось.

Аналогичная частота неврологической симптоматики наблюдалась у контрольной группы.

При оценке эффективности применения препарата Мексидол в комплексной терапии на динамику общемозговых и очаговых симптомов, а так же общего состояния и субъективных ощущений больных в двух сравниваемых группах было обнаружено следующее. Было отмечено, что сроки восстановления сознания в основной группе уменьшались до суток,

тогда как в контрольной группе срок восстановления превышал сутки. По степени восстановления неврологического дефекта также были выявлены изменения: у 100% больных в основной группе в более короткие сроки по сравнению с контрольной группой нивелировался мелкоразмашистый нистагм, восстанавливалась реакция зрачков на свет, исчезали проявления общемозгового синдрома (головная боль, головокружение, тошнота), уменьшалась гипотония мышц; у 52,94% больных основной группы нивелировались патологические рефлексы, уменьшалась выраженность средне- и крупноразмашистого нистагма, гипо- и гиперрефлексии. Между тем ряд неврологической симптоматики (симптомы орального автоматизма, экстрапирамидный тонус в конечностях, положительные проба Нойка-Ганева, проба счета, телебрадикинезия при выполнении ко-

ординаторных проб, способность конвергенции с двух сторон) в динамике исследования на третьи сутки сохранялся как у контрольной, так и у основной группы, который, возможно, при более продолжительном наблюдении и лечении в динамике в последующем нивелируется.

Таким образом, результаты собственных исследований позволяют рекомендовать использование препарата Мексидол в комплексной терапии при токсической энцефалопатии на фоне отравления суррогатами алкоголя как эффективную патогенетическую терапию, что позволит существенно уменьшить неврологический дефект, улучшить уровень нарушения сознания, сократить сроки пребывания в стационаре, что, в свою очередь, представляет не только медицинский, но и социально-экономический интерес.

Список использованной литературы:

1. Садчиков Д. В. Мексидол в терапии критических состояний / Пособие для врачей анестезиологов-реаниматологов. - Саратов, 2004.
2. Воронина Т. А. Мексидол: основные эффекты, механизм действия, применение. - Москва, 2005. - 20 с.
3. Лужников Е. А., Костомарова Л. Г. Острые отравления. // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 434 с.
4. Лужников Е. А., Гольдфарб Ю. С., Остапенко Ю. Н. Клиническая токсикология на рубеже 21 века // Анестезиология и реаниматология. - 1999. - № 6. - С. 67-70.

СЛУЧАЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Б. А. Кожахметова, А. Т. Ескалиева, Г. П. Горбунова

Вопрос помощи людям, страдающим патологическим влечением к азартным играм, в последние годы становится актуальным для нашей Республики, т.к. количество казино и игровых автоматов увеличивается, следовательно, возросло число играющих людей, расширился их социальный диапазон. Как один из вариантов болезненного влечения оно упоминалось с позапрошлого века. Статистика показывала, что распространенность этого недуга в популяции невысока и стабильна (2 - 3%), а психологические исследования доказывали наличие личностной предрасположенности к «вредному» пристрастию.

Предприимчивые люди используют человеческую слабость, именуемую специалистами «потребность в риске». Человек, испытывающий синдром дефицита удовлетворенности, ищет способы от него избавиться. Одним из вариантов, приносящих удовольствие, является «уход» от реальности текущих проблем в азартные игры и при этом, возможность разбогатеть является чем-то второстепенным.

В 1980 г. американская психиатрическая ассоциация классифицировала это пристрастие как болезнь и включила в список заболеваний код F.63.0.

Когда у человека возникает проблема с азартными играми, она, как правило, существует совместно с другими психологическими проблемами. Описана медицинская модель патологического, азартного поведения. К симптомам относятся: поглощенность мыслями об игре, непреодолимое влечение к игре, напряженность, неспособность контролировать поведение, хронический дефицит денег, конфликты в семье, потеря работы вследствие постоянной игры.

Больной Н. 43 лет, поступил в дневной стационар КОНЦ с жалобами на злоупотребление алкоголем.

Он городской житель. В детстве страдал легким заиканием. Отец злоупотреблял алкоголем, был склонен к проявлению домашнего насилия по отношению к семье. Взаимоотношения на этой почве не складывались, в 15-летнем возрасте больной выг-

на отца и дома. В юности увлекался музыкой, самостоятельно освоил игру на гитаре, легко давалась высшая математик. Заочно окончил политехнический институт, работал на шахте. В последние годы является частным предпринимателем. В браке состоит около 20 лет, имеет одного сына. Жена является явным лидером в семье. Отношения в семье нестабильные последние 2-3 года. Перенесенные заболевания: редкие простудные.

Впервые употребил спиртное в 17 лет – вино. До 30 лет спиртное употреблял в небольшом количестве - 200 мл водки и сразу засыпал. Последние 10 лет стал выпивать чаще и на работе, и дома. Запой появились с 2000 г. по 2-3 дня. С 2002 г. удлинился запойный период до 5 дней, стал отмечать алкогольные палимпсесты. В 2003 г. «кодировался» в анонимном кабинете, ремиссия совпала с установочным сроком и составила 1 год. На фоне воздержания стал активно играть в казино, часто вместе с женой. С 2005 г. стал брать деньги в долг на фирме, со слов жены - проиграл дом, машину. В апреле 2005 г. повторно лечился, но ремиссия составила всего 2 месяца, выпил в казино во время игры - на фоне эмоциональных переживаний. Запойное пьянство возобновилось. Обратился по инициативе жены, которая жаловалась на алкоголизацию супруга и требовала «более эффективного лечения». Последнее употребление алкоголя накануне поступления.

При объективном осмотре сомато-неврологический статус без особых отклонений: легкий тремор рук, век. Психический статус: сознание ясное. Активной психопродукции нет. Выражение лица подавленное, несколько отрешенное, унылое. На вопросы отвечает неохотно, легко раздражается, часто апеллирует к присутствующей жене, считает, что в его алкоголизации нет большой проблемы, и он может решить её самостоятельно. При рассказе об игре, пациент меняется: поза тела как бы застывшая, взгляд фиксирован, убыстряется речь; голос становится тихим, монотонным, без модуляций: «Пока есть деньги, никто не может меня остановить». Критика снижена, хотя соглашается с тем, что при употреблении алкоголя чаще проигрывает.

При обследовании выявлено: незначительное повышение уровня билирубина; ЭхоЭГ: повышение внутричерепного давления в незначительной степени; ЭЭГ: β - активность асинхронная в лобной доле низкой амплитуды, при стимуляции - единичные всплески генерализованных разрядов α - волн 30 мкв; ЭКГ: признаки ишемии в области задней стенки левого желудочка, при контроле через 10 дней - положительная динамика. Консультирован терапевтом: алкогольный гепатит, кардиомиопатия. Психолог: эмоции бурные, общителен, впечатлителен, речь сбивчивая, не терпелив, не умеет ждать. Мотиваци-

онная сфера снижена, т. к. одна зависимость порождает другую.

В процессе лечения в течение недели сохранялись жалобы на вялость, слабость в руках, монотонную головную боль. В этот период рассеян, забывчив, не помнит, был ли в процедурном кабинете, заявляет, что «казино хуже, чем водка». На лечение часто является в сопровождении жены, которая активно требует стойкого положительного результата, т.к. в состоянии опьянения чаще проигрывает деньги. Через 10 дней состояние с положительной динамикой, больной выглядит энергичным, самодостаточным, уверенным в себе. Данное улучшение совпало с возобновлением игры в казино. Попытка убедить пациента отказаться от игры или, хотя бы, реже играть к положительному результату не привели. Пациент категорично настроен на ежедневную игровую активность. От работы с психологом категорически отказался.

В отделении получил: умеренный курс детоксикации; нозепам - 4 дня по 0,01; раствор рисполепта - 10 дней по 3,0 мл; ноотропил - 10 дней по 0,4; эспераль - 15 дней по 0,25 г; продеп - в течение 1 месяца по 0,02; финлепсин - 0,2, но в дальнейшем от него отказался.

Лечение в отделении больной прервал самовольно через 15 дней, избирательно принимал таблетки, но согласился периодически появляться на контрольный осмотр. Через 2 месяца после первого обращения он сохраняет трезвость, продолжает играть в казино, имеет настрой повторить «кодирование от алкоголя. Психический статус с положительной динамикой: выражение лица более спокойное, охотно вступает в разговор, делится впечатлениями, утверждает, что тяги к спиртному не испытывает. Пациент согласился ответить на тест «Есть ли у вас проблемы с азартными играми?». По сумме баллов выявлен уровень игровой зависимости, ведущий к негативным последствиям. Стал прислушиваться к рекомендациям, признал необходимость обратиться к психологу (и психотерапевту).

Современные методы лечения, в основном, опираются на групповую психотерапию, просвещение, терапию различными видами деятельности и разработку планов возвращения денежных долгов, возникших в результате игры. Д. Лестер провел анализ других поведенческих методов, таких как аверсивная терапия, в которой делание ставок связывается с ударом электрическим током, и парадоксальная интенция, при которой терапевт предписывает пациенту играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом. Однако, патологическое, азартное поведение, зачастую, демонстрирует высокую устойчивость в отношении любых форм лечения.

НОРМОТИМИКИ В ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ

А. П. Кузнецов, О. В. Прокудина,
О. А. Колесникова, Т. И. Шмакова, Ф. Г. Мухтарова

г. Костанай

Алкогольная зависимость представляет собой сложную многогранную совокупность патологических явлений, в которую с течением времени оказываются вовлеченными все сферы жизнедеятельности больного. Болезнь определяется многими факторами, и с ростом их числа возрастает сложность терапевтического вмешательства.

Большой интерес представляет применение препаратов с нормотимическим действием – антиконвульсантов, в частности финлепсина.

В наркологической практике антиконвульсанты используют для купирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС), смягчения проявлений актуализации патологического влечения к алкоголю (ПВА), профилактики судорожных пароксизмов. Нормотимический эффект антиконвульсантов обусловлен их воздействием на ГАМК-ергическую систему. Центральное действие нормотимиков связано с влиянием на бензодиазепиновые и опиатные рецепторы, а также с подавлением активации аденилатциклазы, циклического преобразования аденозин- и гуазинмонофосфатов и целым рядом других нейромедиаторных механизмов.

Таким образом, нормотимики затрагивают большинство биологических нейромедиаторных систем организма, которые участвуют в механизмах формирования алкогольной зависимости, что и определяет патогенетически обоснованный подход к возможности их применения для купирования ПВА посредством регуляции состояния ГАМК-ергической системы.

В Костанайском наркологическом диспансере применяется один из противосудорожных препаратов - *карбамазепин (финлепсин)*.

Карбамазепин (финлепсин) оказывает антипароксизмальный, противосудорожный эффект, а также умеренное антиманиакальное, антидепрессивное и анальгетическое действие.

Материалы и методы исследования

В исследовании участвовало 50 мужчин и 10 женщин, проходивших курс стационарного лечения от алкогольной зависимости во втором отделении областного наркологического диспансера.

Из исследования *исключались* больные: с хроническим соматическим заболеванием в стадии обострения; гиперчувствительностью к данному препарату; эпилептиформными приступами неалкогольного генеза в анамнезе.

Возраст больных от 35 до 60 лет.

Длительность заболевания варьировала от 4 до 25 лет.

Большинство госпитализировалось первично – 83%, 17% пациентов госпитализированы повторно.

Диагностика основных синдромов алкогольной зависимости проводилась по МКБ - 10.

У большинства пациентов (51 человек) диагностировались II стадия алкогольной зависимости. При этом наблюдались следующие клинические проявления: первичное ПВА, утрата количественного контроля, максимальная толерантность к алкоголю, сформировавшийся развернутый ААС. У большинства пациентов темп прогрессивности заболевания квалифицировался как средний, а форма употребления как псевдозапойная.

У четверых больных была диагностирована переходная I - II стадия. Об этом свидетельствовали меняющийся тип пьянства (перемежающаяся его форма), снижение толерантности, нарастание социальных последствий заболевания.

У пятерых больных имелись клинические признаки III, конечной стадии хронического алкоголизма. Диагностическими критериями её служат: снижение толерантности к алкоголю, появление пьянства по типу истинных запоев, признаки алкогольной деградации и энцефалопатии, значительные негативные соматические и социальные последствия алкоголизма.

У большинства больных наблюдались отрицательные социальные последствия, которые характеризовались нарушением семейных отношений и снижением профессионального уровня.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) проявлялся типичными соматовегетативными и психопатологическими расстройствами различной степени выраженности. Степень тяжести ААС квалифицировалась как средняя у 56 человек и как тяжелая у 4 человек. У 13 пациентов наблюдались пределириозные состояния с тревогой, бессонницей с кошмарными сновидениями, выраженным общим тремором.

В постабстинентном периоде наблюдались различные депрессивные нарушения: сниженный фон настроения, тревожность, раздражительность, астенические явления.

Проводилось комплексное лечение ААС: детоксикационная терапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Финлепсин назначался с первого дня госпитализации в суточной дозе 400 мг (по 1 табл. 2 раза в день, утром и вечером). При тяжелом течении с выраженной психопатологической и соматовегетативной симптоматикой в течение первых 3 - 4 дней использовались транквилизаторы (феназепам до 3- 4 мг/сутки, нозепам до 30 мг / сутки).

На втором этапе осуществлена асы купирование аффективных, поведенческих расстройств в постабстинентном состоянии. Финлепсин назначался в средней суточной дозе 400 - 600 мг (по 1 табл. 2 - 3 раза в день). После приёма внутрь препарат адсорбируется почти полностью. Связывание с белками плазмы крови составляет 75%. Период полного выведения препарата колеблется от 12 до 29 часов. Длительность клинического испытания составляла 4 недели.

Результаты исследования

В первую очередь купировалась такая психопатологическая симптоматика в структуре ААС, как тревога, пониженное настроение, раздражительность, дисфория, внутренняя напряженность, раздражительность – на 7 день лечения. Неврологические симптомы (тремор, атаксия) нивелировались к 4 - 7 дню лечения. Соматовегетативные

Литература

1. Авруцкий Г. Я. *Лечение психических болезней*. - М.: Медицина, 1988.
2. Пак Т. В., Лаврентьев О. В. *Проект протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией»*. – Павлодар, 2005.
3. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф. *Наркология*. – М., 2000.
4. Шабанов П. Д. *Основы Наркологии*. - С-Пб, 2002.
5. Минко А. И., Линский И. В. *Наркология. Новейший справочник*. – М., 2004.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУОКСЕТИНА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ДИСПАНСЕРНОМ ОТДЕЛЕНИИ ОНЦ г. КАРАГАНДЫ

Е. А. Маринина, Р. Ф. Габдракипова,
Е. Э. Хван, Б. А. Кожаметова, Д. К. Мажитова

г. Караганда

Флуоксетин - антидепрессант. Его действие основано на селективной блокаде обратного захвата серотонина в синапсах нейронов ЦНС. На функционирование холинергических, адренергических, гистаминовых рецепторов влияет в небольшой степени. Способствует улучшению настроения, угнетает чувство страха и эмоциональную напряженность, дисфорию. Практически не оказывает седативного действия.

Всего флуоксетин (F) был применен у 10 пациентов в амбулаторных условиях в возрасте от 23 до 50 лет с алкоголизмом, из них 8 мужчин и 2 женщины. Препарат назначался с целью подавления патологического влечения к алкоголю, а также для нормализации фона настроения. Флуоксетин назначался больным после купирования абстинентных явлений, с 5 - 6 дня лечения или с 1 дня лечения при отсутствии абстинентных явлений. Все пациенты предварительно получали дезинтоксикационную, общеукрепляющую, симптоматическую терапию.

проявления в структуре АА такие, как тяжесть в голове, потливость, колебания АД купировались в среднем на 7 день лечения. Отмечалась хорошая переносимость финлепсина. На фоне лечения финлепсином в четырех случаях наблюдались побочные явления в виде шаткости походки, нарушения аккомодации.

Обсуждение результатов исследования

Применение *Финлепсина* показало высокую эффективность при лечении больных с алкогольной зависимостью. Проведенное клиническое исследование выявило возможности купирования патологического влечения к алкоголю препаратом с нормотимической активностью. Данный результат свидетельствует о перспективности использования нормотимиков в терапии патологического влечения и депрессивных расстройств в его структуре.

При выраженном влечении к алкоголю на фоне абстиненции (преимущественно у больных, имеющих в анамнезе судорожный синдром) с 1 по 5 день назначались антиконвульсанты (финлепсин, зептол) с последующим переходом на флуоксетин. В отдельных случаях (2) назначалась комбинация финлепсин (зептол) + флуоксетин.

Флуоксетин назначался в течение 10 - 25 дней в суточной дозе 20 - 40 мг (1 - 2 раза в день).

На 3 - 5 день от начала приема препарата у 8 больных отмечалось уменьшение патологического влечения к алкоголю. У 2 больных дозировка была увеличена до 40 мг в сутки, после чего на 7 - 10 день появился положительный эффект.

Стойкий положительный эффект купирования патологического влечения наблюдался нами на 10-14 день лечения у 8 больных из 10 (80%).

При лечении больных с депрессивным синдромом (20%), улучшение настроения отмечалось че-

ре 2 неде и применения ф уоксетина в суточной дозе 40 - 60 мг.

При монотерапии флуоксетином добиться стойкой нормализации настроения у этих больных не удалось. Один из больных был направлен в Г КООП, где продолжил лечение. Другой больной отказался от дальнейшего применения флуоксетина на 16 день лечения.

Побочные действия препарата наблюдались нами у 2 пациентов. У одного из больных на фоне лечения флуоксетином в дозе 20 мг № 7 отмечалось снижение аппетита. Так как через 3 дня патологическое влечение не уменьшилось, суточная доза флуоксетина была увеличена до 40 мг, при этом возникла выраженная анорексия. После снижения тяги к алкоголю через 6 дней доза флуоксетина была уменьшена до начальной дозы. Больной отмечал некото-

рое уменьшение тяги, но и - а снижения аппетита на 15 сутки лечения отказался от приема данного препарата. другого больного на 10 день лечения возникло немотивированное чувство тревоги, которое было купировано однократным применением тизерцина в дозе 25 мг.

Катамнез прослежен у 1 больного, который принимал флуоксетин по 20 мг в сутки в течение 18 дней, он отмечал в последствии стойкое отсутствие патологического влечения к алкоголю в течение 3 месяцев, после чего явился для профилактического курса лечения.

Таким образом, клинический опыт показал, что применение флуоксетина снижает патологическое влечение к алкоголю, способствует становлению и сохранению ремиссии у больных с алкоголизмом и приемлемо в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Иванец Н. Н. *Руководство по наркологии.* // Под редакцией Н. Н. Иванца. – Москва, 2002.
2. Иванец Н. Н. *Антидепрессанта в терапии патологического влечения к психотропным веществам.* / Под редакцией Н. Н. Иванца. – Москва, 2002.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАЛТРЕКСОНА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н. В. Минько, Р. С. Кужаев

Упоминание о спиртных напитках имеются в древнейших памятниках письменности. Уже в глубокой древности многим племенам были известны способы получения алкоголя. Предполагается, что на заре развития человечества приём спиртного был коллективным и приурочивался к внутриплеменным или астрономическим событиям (новолунию, полнолунию, удачной охоте). У некоторых племён употребление алкоголя стало символизировать психическое родство, единство крови. В христианской религии употребление вина – «крови Христовой», причащение - означает приобщение к духовному братству (причаститься, означает стать частью). Таким образом, традиция употребления спиртного имеет глубокие корни.

По мере усложнения социальной структуры общества, употребление алкоголя становится более индивидуальным, появляются личные мотивы и отношение к спиртному и в то же время увеличивается число факторов обуславливающих злоупотребление им. Давно подмечено, что социально - экономические факторы существенно влияют на распространение алкоголизма среди необеспеченных слоёв населения. Тяжелые жилищные условия, недостаточное и однообразное питание, отсутствие и недоступность культурных развлечений, безысходность

– вот причина тяжёлого бытового пьянства. Люди прибегают к нему как к средству забвения. Однако к концу 19 века было установлено, что и с повышением благосостояния начинает расти алкоголизм. Эта закономерность подтверждается опытом современных высокоразвитых стран, где алкоголизм увеличивается по мере сосредоточения промышленности и населения в крупных городах (процесс урбанизации).

С непрекращающимся ростом алкоголизма остро встал вопрос создания лекарственных препаратов, терапевтическое действие которых было бы эффективным и максимально длительным в лечении данной патологии.

В 70-х годах двадцатого столетия, в результате многочисленных экспериментов, сформировалось представление об эндогенной оплатной системе и её функциях, которые включают в себя механизмы боли, эмоции, влечения, некоторых форм поведения. Это явилось базой для создания таких лекарственных средств, которые сделали бы невозможным действие введённых, в первую очередь, наркотиков опийной группы. Один из таких препаратов, действие, которого было более длительным, по сравнению с другим, был создан в середине 70-х годов и получил название – налтрексон.

На трексона гидроксирид является чистым антагонистом опиоидных рецепторов. Он значительно снижает или полностью, но обратимо блокирует субъективные эффекты, вызываемые внутривенным введением опиатов. Назначение Налтрексона не вызывает привыкания или лекарственной зависимости даже при длительном применении. В связи с этим он стал активно использоваться для профилактики и лечения лиц, больных опиоидной зависимостью.

В экспериментальных исследованиях было также показано, что опиоидная система играет определённую роль в формировании зависимости от алкоголя. Налтрексон же, посредством конкурентного связывания опиоидных рецепторов способствует уменьшению потребления алкоголя у лиц с пристрастием к нему. Очевидно, что алкоголь определённым образом оказывает влияние на опиоидные рецепторы. Как и опиаты, он способен вызывать эйфорию. Повышает порог болевой чувствительности, длительное употребление ведет к росту толерантности и формированию зависимости, а резкое прекращение сопровождается развитием синдрома отмены.

Для изучения терапевтической эффективности и безопасности Налтрексона при лечении алкогольной зависимости, оценки его влияния на патологическое влечение к алкоголю и формированию стабильных ремиссий, стационарно, а затем амбулаторно проводилось исследование. Было выбрано 20 пациентов мужского пола, принявших участие в контролируемом клиническом испытании препарата налтрексон.

Контрольная группа также была представлена 20 пациентами.

У 15 пациентов наблюдалась развернутая клиническая картина 2 стадии заболевания: сформированное первичное патологическое влечение к алкоголю, максимальная толерантность, утрата количественного контроля, развернутый абстинентный синдром, заострение преморбидных черт личности.

У 5 пациентов отмечались клинические признаки 3 стадии хронического алкоголизма: снижение толерантности, тотальная алкогольная амнезия. Истинные запои, признаки алкогольной деградации.

Длительность заболевания варьировала от 5 до 25 лет. Контрольная группа не отличается от основной группы.

Препарат налтрексон назначался в постабстинентном состоянии, после купирования острых расстройств абстинентного синдрома, включая традиционное детоксикационное, общеукрепляющее лечение, применение транквилизаторов, антидепрессантов. После купирования острых проявлений через 5 - 7 дней от начала лечения, проводилась монотерапия налтрексоном в сочетании с психотерапией, аутотренингом, гипнозом. Стационарно налтрексон назначался ежедневно по 50 мг, при переходе на амбулаторное лечение - по схеме: понедельник - 100 мг, среда - 100 мг, пятница - 150 мг.

В контрольной группе также проводилась детоксикационная, общеукрепляющая терапия, применение транквилизаторов, антидепрессантов в течение 5 - 7 дней затем психотерапевтические методики (аутотренинг, рациональная психотерапия, гипноз).

Помимо психотропных препаратов, назначались гепатопротекторы, ноотропы, витамины. Длительность исследования составила 60 дней.

В процессе наблюдения отмечалось следующее:

Основная группа: У 15 пациентов отмечалось полное воздержание от приёма спиртных напитков. У 3 пациентов наблюдалось единичные срывы, не приведшие к развитию рецидива. Два пациента прервали лечение, возобновив употребление алкоголя.

В контрольной группе результаты были следующие:

Воздержались от употребления алкоголя 11 пациентов, 9 пациентов возобновили употребление алкоголя, у 4 из них рецидив развился сразу после купирования абстинентного синдрома. Графически полученные результаты представлены на схеме 1.

Естественно, на положительный результат оказывает влияние уровень мотивации больных, настрой на лечение, поддержка со стороны окружающих. На фоне лечения налтрексоном, общая стабилизация наблюдалась к 7 - 10 дню, к этому времени у пациентов снижалась тревога, чувство внутреннего напряжения, раздражительность, стабилизировался фон настроения, дезактуализация спиртного происходила к 10 - 14 дню приёма препарата, что проявлялось в отсутствии влечений, представлений, воспоминаний, кошмарных и «алкогольных» сновидений.

В контрольной группе данные расстройства купировались примерно в таком же диапазоне времени, что говорит об умеренном действии Налтрексона на вегетативную, психопатологическую симптоматику. Однако следует подчеркнуть и то, что в действии препарата на основную группу отсутствовали признаки лекарственной загруженности, дневной сонливости, вялости замедленности психических и моторных реакций при его применении больные оставались бодрыми, работоспособными. Психическое состояние оставалось ровным, стабильным. Отсутствовало желание употребить спиртное.

Те пациенты, у которых на фоне лечения налтрексоном наблюдались единичные алкогольные эксцессы, описывали, что состояние опьянения достигалось намного труднее, чем до начала лечения. В связи с этим желание повторного употребления пропало.

Из выше изложенного можно сделать следующий вывод:

1. Налтрексон снижает патологическое влечение к спиртному, что проявлялось меньшим количеством рецидивов у пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

2. Налтрексон уменьшает вызываемую алкоголем эйфорию и тем самым ослабляет влечение к спиртным напиткам.

Результаты, полученные в ходе наблюдения за обеими группами



3. Снижается частота рецидивов у больных хроническим алкоголизмом.

4. Налтрексон не вызывает значительных побочных эффектов, не влияет на работоспособность и внимание пациентов.

5. Отсутствуют признаки лекарственной зависимости даже при длительном применении.

6. На снижение психопатологической и вегетативной симптоматики, налтрексон оказывает умеренное влияние.

Данные терапевтические качества дают основание прийти к заключению, что в лечении алко-

гольной зависимости, в комплексе с психотерапевтическими методиками, психофармакологическим лечением налтрексон даёт достаточно эффективные положительные результаты. Однако рыночная дороговизна препарата несколько препятствует его повсеместному применению в связи с тем, что у большинства пациентов отсутствует достаточная материальная обеспеченность. В результате этого не представляется возможным пройти полный курс лечения налтрексоном (6 - 12 месяцев) в амбулаторных условиях данному контингенту.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДЕПА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КОНЦ

Е. Э. Хван, Р. Ф. Габдракипова,

Е. А. Маринина, Б. А. Кожаметова, Д. К. Мажитова

г. Караганда

Продеп - антидепрессант, активным веществом которого является флуоксетин. Антидепрессивное действие флуоксетина связано с сильным и специфическим ингибированием обратного захвата серотонина в ЦНС.

При курсовом и поддерживающем лечении этот препарат можно назначать на длительный срок, так

как привыкания к нему не возникает, нет повышения толерантности, он долго эффективен в индивидуально подобранных дозах.

Препарат применяется при депрессивных реакциях в абстинентных состояниях с преобладанием подавленного настроения, тревоги, страха, внутреннего напряжения, при аутохтонно возникающих деп-

рессивных состояниях в периоды абстиненции и ремиссии с целью предотвращения рецидивов. Препарат хорошо сочетается с нейрорегуляторами и транквилизаторами.

В данном исследовании участвовали 15 больных, страдающих алкоголизмом, средний возраст которых составлял 38,4 года, средний срок злоупотребления алкоголем составлял 6,4 года. Толерантность к алкоголю колебалась от 0,5 до 2,0 л водки. Абстинентный синдром развивался, в среднем, через 8 - 16 часов после последнего приема спиртных напитков.

С целью купирования абстинентного синдрома была назначена схема лечения, включающая в себя: дезинтоксикационную, общеукрепляющую терапию, витаминотерапию, сенсibiliзирующую терапию, транквилизаторы.

Симптомы абстиненции были купированы в среднем на 2-3 день лечения. Как правило, выход из абстиненции сопровождался «плохим настроением», снижением работоспособности, тревогой и колебаниями настроения.

Больные были поделены на 2 группы. В первую группу вошли те больные, которые получали монотерапию, то есть мы прибегли только к помощи антидепрессанта. Во второй группе находились больные, в лечении которых было сочетанное применение продепа и антипсихотических средств (в данном исследовании в схеме терапии был использован рисполепт). Доза рисполепта варьировала от 0,02 до 0,01.

Сроки применения продепа варьировали от 10 до 30 дней.

Как при монотерапии, так и при сочетанной с антипсихотиком терапии, продеп назначался в средней суточной дозе 0,02, преимущественно в утреннее время. Уже на второй день применения больные ощутили улучшение общего самочувствия, значительное повышение настроения. На пятый день применения продепа у 77% испытуемых отмечалось уменьшение тяги к спиртным напиткам. У 13% больных на пятый день применения продепа отмечалось появление влечения к алкоголю. В этом случае дозировка была увеличена в 2 раза, препарат был назначен в суточной дозе 0,04, и дальнейшая терапия продолжалась с применением антидепрессанта в этой дозировке. На фоне увеличения дозы препарата в два раза влечение к алкоголю уменьшилось, и уже на седьмой день лечения при данной дозировке больной отрицал тягу к алкоголю.

Литература

1. Буров Ю. В., Ведерникова Н. И. *Нейрохимия и фармакология алкоголизма*. - М.: Медицина, 1985.
2. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. *Психиатрия*. - М.: Медицина, 2000.
3. Иванец Н. Н. *Руководство по наркологии*. // Под редакцией Н. Н. Иванца. - Москва, 2002.
4. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. *Профилактика алкоголизма*. - М.: Медицина, 1986.

13% больных отмечалось стойкое повышение трудоспособности и отсутствие патологического влечения к спиртным напиткам. Решили завершить курс лечения методикой «Торпедо» 80% больных.

Терапия антидепрессантом проводилась в амбулаторных условиях в течение от 10 до 14 дней, в дальнейшем пациенты продолжали прием продепа самостоятельно. На контрольных осмотрах, проводимых на 20 - 30-й день применения продепа, а так же после профилактических курсов лечения (6-й месяц) отрицательной динамики не наблюдалось.

Побочное действие отмечалось лишь в одном случае, когда у больной на фоне приема продепа отмечалось состояние возбуждения: болтливость, чрезмерная подвижность, дурашливость, вызывающие у пациентки неприятные ощущения, психический дискомфорт. В этом случае препарат был отменен.

Учитывая данные контрольных осмотров (в течение 6 месяцев) у 100% больных отмечено воздержание от употребления алкоголя и настрой на дальнейшую трезвость. Планируется проведение повторного курса, как монотерапии, так и сочетанной терапии (сочетание продепа с сенсibiliзирующей терапией) для профилактики рецидивов и закрепления ремиссии.

Проводя данное исследование, считаем, что монотерапию продепом необходимо проводить в тех случаях, когда у больного на первом плане стоит депрессивный эпизод, на фоне которого возникает влечение к спиртным напиткам. Но все-таки большинству больных рекомендовано применение антидепрессантов в сочетании с антипсихотиками и сенсibiliзирующими препаратами.

Очевидно, что при применении продепа очень быстро нивелируются симптомы депрессии и влечение к спиртным напиткам. Рекомендуемая доза применения продепа - 0,02 - 0,04 в сутки однократно, срок применения один месяц с последующими профилактическими курсами.

Таким образом, можно сказать, что продеп опосредованно, за счет улучшения эмоционального фона настроения, повышения работоспособности, снижает патологическое влечение к алкоголю, при длительности применения не менее 6 месяцев (лечебный и профилактический курсы).

Продолжаются работы по разработке схем сочетанной терапии с использованием продепа.

ОРГАНИ А ИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ РАБОТЫ ТЕЛЕФОННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЛУЖБЫ КОСТАНАЙСКОГО ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

А. П. Кузнецов, О. В. Прокудина,
Ф. Г. Мухтарова, О. А. Колесникова,
Т. И. Шмакова, Н. С. Тюлендина,
Е. В. Сомусев

г. Костанай

В Казахстане стремительно растет число лиц с наркологическими расстройствами. Это расплата за эпоху бездуховности и стремление к преодолению границ реальности. Это цена мнимого избавления от сложностей человеческой жизни.

Еще не найдено то целительное средство, которое искоренило бы зависимость к психоактивным веществам и спасло бы жизни миллионов людей. Сотни тысяч человек столкнувшись с этой бедой, не знают, что предпринять и часть из них считают свое положение безысходным, несмотря на изобилие многообещающей рекламы уникальных методик лечения зависимостей (за кратчайшие сроки, несколько часов!) в разнообразных телепередачах, газетах и журналах. Нередко их останавливают немислимо высокие цены за предоставляемые услуги (подчас совершенно не отвечающие самым элементарным требованиям качества). Даже прогноз после имплантации – одного из самых значимых методов лечения алкогольной зависимости, напрямую зависит от «обставленности» подготовительного периода. Кроме того, в настоящее время наметилась тенденция к осознанию того факта, что продолжительная ремиссия зависит не столько от серьезных финансовых затрат, сколько от длительного взаимодействия таких факторов, как желание пациента вылезти, помощь близких, родственников и квалифицированная работа специалистов по психологии, медицине, социальной работе.

Во многих странах мира эффективно действует система оказания квалифицированной медико-социальной, психологической и правовой помощи пациентам с наркологическими проблемами и их родственникам. К сожалению, в Казахстане о подобной системе говорить рано, в нашей стране только происходит становление, тем не менее, в настоящее время уже существует почва для создания важных координационных звеньев будущей системы - телефон доверия.

Телефон доверия – одна из форм психосоциальной помощи клиенту с целью преодоления социально-психологического неблагополучия и социальной дезадаптации. В Германии эта форма получила название «Духовная помощь», в Испании – «Надежда», в Швейцарии – «Протянутая рука». Обозначение «Телефон доверия» появилось в Чехии в шести-

десятые годы прошлого столетия, оно было заимствовано поляками.

Мировой опыт показывает эффективность работы телефонных служб, позволяющих существенно повысить эффективность профилактических мер по распространению вредных привычек. Деятельность таких служб проясняет многие психологические и социальные проблемы детского и подросткового возраста и намечает наиболее перспективные пути решения.

Одним из *основных направлений* телефона доверия является решение задач экстренной психологической поддержки. В числе главных критериев успешной работы стоит снятие напряжения, которое испытывает пациент и оказание помощи в определении пути разрешения сложной жизненной ситуации.

В Костанайском областном наркологическом диспансере телефон доверия (ТД) функционирует с 2003 года. По телефону доверия специалисты оказывают консультативную, социально - психологическую и правовую помощь людям, столкнувшимся с проблемами наркологического профиля. Мотив обращения на телефон доверия у данной категории различен и колеблется от простого интереса и искреннего желания обсудить различные стороны их пристрастия до настоящего отчаяния.

В ходе своей работы служба выполняет следующие задачи.

Основные задачи телефона доверия:

- решение задач экстренной психологической помощи;
- профилактика и информирование населения об опасности употребления ПАВ;
- нацеленность на выявление и коррекцию наркозависимых установок;
- информационно-консультативная помощь родителям по вопросам табакокурения, алкоголизма, наркомании;
- предоставление существенной жизненно важной информации для формирования поведения, которое позволит подросткам ответственно относиться к своей жизни, принимать правильные, здоровые жизненные решения.
- проследить ряд новых тенденций в употреблении ПАВ.

- по во яет «обставить» подготовите ьный пе-
риод для последующего лечения алкогольной и нар-
котической зависимостью.

*Основные темы звонков, поступающих на теле-
фон доверия:*

*За 11 месяцев 2005 года зарегистрировано 2735
звонка.*

1. вонки информационного порядка: коорди-
наты медицинского заведения, методы лечения, эф-
фективность, гарантия анонимности, безопасность
– 1003 звонков;

2. Купирование состояния абстиненции при ал-
коголизме и наркомании, тактика поведения род-
ственников - 358; в последующем обратилось на ле-
чение в диспансер – 299;

3. По проблемам наркомании – 356 звонков, в
2004 году за этот же период – 282 звонка. Обратилось
в последующем – 145 человек.

4. При отсутствии мотивации тактика родствен-
ников, вопросы, связанные с принудительным лече-
нием, правила оформления и наличие необходимых
документов – 411 звонков, в последующем обрати-
лось за принудительным лечением – 60 человек;

5. Вопросы по подросткам – 284 звонков, из них
188 по проблемам наркомании, в последующем об-
ратилось - 113 человек. Для сравнения в 2004 году за
этот же период 168 звонков, в последующем обрати-
лось 38 человек.

6. По вопросам табачной зависимости – 51 зво-
нок, в последующем обратилось 11 человек.

7. Консультации по медикаментозной терапии
(тетурам, эспераль, пропротен – 100) - 37 звонков.

8. Вопросы между отделениями – 10 звонков.

9. По поводу имплантации – 155 звонков, в после-
дующем обратилось на имплантацию – 119 человек.

10. Ошибочные звонки – 11.

11. По экспертизе алкогольного опьянения, тес-
тирования на наркотики – 22 звонка, в последующем
обратилось – 11 человек.

12. Справки по родственникам, находятся или про-
ходили лечение в условиях диспансера – 19 звонков.

13. вонки по поводу тестирования в школе – 6
звонков.

14. Информация по обследованию на ВИЧ - ин-
фекцию – 12 звонков.

Литература:

1. Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания. - Феникс, 2000.
2. Юсупов О. Г. Телефонная Консультативная служба для детей и подростков. // Вопросы наркологии Казахстана. – 2003. - Том 3, № 3.
3. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф. Наркология. – Москва, 2000.
4. Шабанов П. Д. Основы Наркологии. - Санкт-Петербург, 2002.
5. Шевченко Н. Н. Опыт работы телефона доверия «Российской нарколинии» международной ассоци-
ации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. // Вопросы наркологии Казахстана. - 2001. - Том 1, № 1.

Ана и обращения на те ефон доверия да во -
возможность проследить ряд новых тенденций. Обра-
щают на себя внимание следующие данные:

- в 2003 году – большая часть вопросов по про-
блемам наркологического профиля сводилась к ин-
формации, об анонимности, безопасности и фор-
мах лечения.

- в 2004 году – подавляющее большинство звон-
ков просили предоставить информацию о бесплат-
ных услугах.

- в 2005 году – появилось много звонков о со-
действии в применении к больным длительной фор-
мы принудительного лечения.

Для жителей многих небольших городов, посел-
ков, пригородов Костанайской области единственной
возможностью обсудить свои проблемы со специа-
листом часто является разговор по телефону дове-
рия. Иногда помощь специалиста по телефону пред-
почтительнее по причине большей анонимности те-
лефонного контакта. Использование данного вида
службы в профилактической работе чрезвычайно
перспективно. Это расширяет круг оказываемой
помощи подрастающему поколению, иногда дает ряд
новых диагностических и консультативных возмож-
ностей, проясняет основной круг проблем людей раз-
ного возраста и позволит наметить приоритетные на-
правления.

*На основе полученных данных можно сделать
следующие выводы:*

- Работа телефона доверия в Костанайском
областном наркологическом диспансере прояс-
няет многие психологические и социальные про-
блемы населения, в том числе и подросткового
возраста, намечая наиболее перспективные пути
их решения.

- Телефон доверия - это одна из форм психосо-
циальной помощи с целью преодоления социально-
психологического неблагополучия и социальной де-
задаптации, это оперативный консультативный канал.

- Телефон доверия решает задачи экстренной
психологической помощи.

- Телефон доверия является одним из эффек-
тивных и доступных средств для населения при ре-
шении жизненных проблем.

ОБОКА АНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫЗЫЛОРДИНСКОМ ОБЛАСТНОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

С. Маханова, К. Байтокаева,
Г. Тогызбаева, Г. Ибрашева

В настоящее время оказание психологической помощи лицам, зависимым от психоактивных веществ является одним из основных подходов в лечении. В этом направлении в Республике Казахстан претворяются в жизнь широкие целенаправленные программы. Большая работа ведётся по оказанию квалифицированной психологической помощи.

Кызылординский областной наркологический центр рассчитан на 315 коек. Работают 5 медицинских психологов. Увеличивается количество врачей-психологов и соответственно повышается их квалификация. Работающие психологи прошли специализацию при республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании.

Психологическая помощь оказывается в шести клинических отделениях и в диспансерном отделении.

В 2004 году в областном наркологическом центре было пролечено 2244 пациента, за тот же период 2003 года было пролечено 1617 человек. Из них 627 (27,9%) находились на принудительном лечении. В амбулаторных условиях получили лечение 11158 пациентов.

Проведённый анализ их образовательного уровня показал, что имеют:

- высшее образование – 143 чел. (6,4%);
- средне-специальное – 478 чел. (21,3%);
- среднее образование – 1582 чел. (70,5%);
- незаконченное среднее – 26 чел. (1,2%);
- лица без образования – 15 чел. (0,7%).

При оказании психологической помощи больным, зависимым от психоактивных веществ, наряду с психологической помощью оказывалась и подобная же поддержка. Существуют различные мнения

о психологическом здоровье. Одни связывают психологическое здоровье с личностными особенностями человека, другие утверждают, психологическое здоровье зависит от макро и микро социального окружения.

При психологических исследованиях использовались метод Р. Кеттела, тест Лушера, УСК и др.

В итоге у лиц, употребляющих психоактивные вещества, отмечается снижение адекватной реакции на окружающий мир, отсутствие «Я - концепции», снижение внутреннего локуса контроля, отсутствие в жизни заинтересованности и определённых намерений, у них занижена самооценка, а также отмечается снижение жизненных позиций.

Стационарные исследования больных и семейная консультация (психокоррекция, психотерапия) дали результаты в этом направлении: 9,7% пациентов были добровольно переведены в реабилитационное отделение. Позитивные психологические оздоровления в жизненном плане были отмечены у 21,7% больных. Из всех исследуемых 4,3% считают себя психологически здоровыми (азогнозия). При групповой беседе были использованы аудио и видео материалы. Были даны рекомендации по формированию здорового образа жизни в направлении социальной значимости.

Было обращено внимание на 3 сферы характера: работоспособность, общение и собственное сознание.

В результате у лиц, потребляющих психоактивные вещества, появилась осознанность своей болезни, умение общаться и сострадать больному. Появились критичность, самооценка и вера в то, что он может излечиться и принять здоровый образ жизни.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ КАРАГАНДИНСКОГО ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

С. А. Оспанова, А. Т. Ескалиева, Б. А. Кожаметова

г. Караганда

Областной наркологический центр является самостоятельной лечебно-профилактической организацией. Он осуществляет профилактическую работу и оказывает специализированную медицинскую помощь лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления психоактивных

веществ (алкоголь, наркотики, психотропные вещества).

Наркологический центр является основным звеном в организации наркологической помощи населению. В наркологический центр госпитализируются больные, как из самого областного центра, так и прилегающих сельских районов области.

Одним из структурных подразделений наркологического центра является приёмный покой. В приёмном покое осуществляется первичный осмотр и сортировка больных по тяжести основного и сопутствующего заболевания в структурные подразделения центра (блок интенсивной терапии, сомато-наркологические отделения и реабилитационное отделение).

Согласно «Положению о госпитализации» осуществляется плановая и экстренная госпитализация. Врач приёмного покоя доводит до сведения больных и их родственников правила внутреннего распорядка, проводит подписание контракта на лечение.

Плановая госпитализация в наркологическое отделение осуществляется по направлению врача диспансерного отделения наркологического диспансера.

Больные, представляющие по своему состоянию для окружающих и для себя непосредственную опасность, обусловленную психомоторным возбуждением (соматические варианты абстинентных состояний, запойные состояния) госпитализируются в экстренном порядке. Возрастной состав госпитализированных больных составляет от 19 до 45 лет.

Всего в 2005 году госпитализировано 1316 больных, из них:

- с алкоголизмом F10 – 891 чел.
- с наркоманией F11 – 405 чел.
- сочетанным употреблением ПАВ F19 – 24 чел.
- летучие вещества F18 - 4 чел.
- табака F17 – 2 чел.

В 2004 году, когда госпитализировано было всего 1372 больных, из них:

- с алкоголизмом F 10 – 964 чел.
- с наркоманией F 11 – 374 чел.
- F 12 - 1 чел.
- летучие вещества F 18 - 5 чел.
- сочетанным употреблением ПАВ F19-28 чел.

В 2003 году всего было госпитализировано - 1306 больных, из них:

- с алкоголизмом F10-978
- с наркоманией F11-301
- летучие вещества F18-10
- сочетанным употреблением ПАВ F19-17

В таблице № 1 представлено процентное соотношение по годам госпитализации в наркологический центр.

Таблица № 1

Процентное соотношение за 2003 – 2005 годы госпитализации больных в областной наркологический центр

Нозология \ Год	2003 год	2004 год	2005 год
Алкоголизм	74,8%	70,5%	67,5%
Наркомания	23,1%	26,3%	30,6%
Сочетанное употребление ПАВ	1,3%	2,0%	1,6%
Летучие вещества	0,8%	1,2%	0,3%

Представленные данные наглядно показывают рост числа госпитализированных лиц, больных наркоманией. В 2004 году, по сравнению с 2003 годом, рост составил 3%, а в 2005 году, при сравнении с 2004 годом, рост составил 3,5%.

В эти же годы наблюдается рост числа диспансерных больных, страдающих наркоманией.

Рост госпитализации больных наркоманией осуществляется за счет лиц, впервые выявленных и обратившихся за медицинской помощью в наркологический центр.

Количество больных алкоголизмом, госпитализированных в наркологический центр, варьирует от 70,5% до 67,5%, при этом отмечается снижение количества больных, госпитализированных с употреблением алкоголя.

Уменьшение количества больных, госпитализированных в наркологический центр, обусловлено тенденцией сокращения числа стационарных больных. Это происходит из-за расширения возможнос-

тей и объема оказания услуг лечения в дневном стационаре.

В экстренном порядке в 2005 году госпитализировано 33 человека, в то же время в 2004 году - 83 человека, в 2003 году - 70 человека.

Исходя из представленных данных, можно говорить о снижении процента экстренности, по сравнению с 2003 годом, что обуславливается своевременным обращением лиц за специализированной помощью.

В таблице № 2 представлены данные о госпитализации и постановке на диспансерный учёт за 2003 – 2005 годы.

Представленные данные позволяют отметить явную тенденцию увеличения числа лиц, находящихся на диспансерном учёте.

Обобщая вышеизложенное, мы выделяем, что в структуре госпитализаций наркологических больных, отмечается желание долгосрочного (до 2-х месяцев) лечения в стационарных условиях.

Количество больных госпитализированных в областной наркологический диспансер в 2003 – 2005 годах, в том числе больных, поставленных на диспансерный учёт

№ п/п	Год	Всего госпитализировано (чел.)	Из них поставлено на диспансерный учёт (чел.)
1	2003	1327	335
2	2004	1372	352
3	2005	1316	423

Из приведённого материала следует, что приёмный покой является одним из структурных подразделений медицинской организации, выполняющего

функцию сортировки больных. Здесь же у больных создаются предпосылки мотивации на дальнейшее лечение.

**ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРАГАНДИНСКОМ РЕГИОНЕ**

Д. Б. Темиргалиева, А. К. Карибаева, Б. А. Кожаметова

г. Караганда

Тенденции роста зависимости от психоактивных веществ в Карагандинском регионе таковы, что по данным официальной статистики с каждым годом неуклонно растёт количество наркопотребителей. Особую тревогу вызывает вовлечённость восходящего поколения (дети, подростки, молодежь) в ряды лиц, зависимых от ПАВ. Реалии современного периода показали, что эффективность исключительно медикаментозного лечения низка (годовая ремиссия по данным литературы составляет 1 - 3%), и в свою очередь требует расширения ассортимента услуг, предоставляемых наркологическим учреждением.

В связи с чем, на основании приказа № 323 областного департамента здравоохранения «О реализации Закона РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» в апреле 2003 года на базе Карагандинского областного наркологического центра было развернуто отделение медико-социальной реабилитации на 20 коек.

Основной блок психосоциальной помощи проводится специалистами отделения: врачом-психотерапевтом, медицинским психологом, социальным работником. Стержнем работы данного отделения является использование и адаптация в местных условиях Программы медико-социальной реабилитации больных с наркоманией, разработанной Республиканским научно - практическим центром медико-социальных проблем наркомании. На данном этапе,

после 3 лет деятельности, о степени эффективности можно говорить наличием 25% годовой ремиссии у лиц, зависимых от наркотических веществ, реабилитированных в отделении МСР.

Вследствие отсутствия полной занятости (в вечернее время), отсутствия жесткого отбора к реабилитационному процессу клиентов имеет место удлинение по времени мотивационной составляющей психотерапии. Собственно реабилитационный этап, реализующий личностный рост и духовное развитие, вызвал необходимость поддерживающих форм работы уже после выписки пациентов в виде амбулаторной психотерапевтической помощи, проведении противорецидивных тренингов. Так, на базе реабилитационного отделения была организована и действует группа встреч и взаимопомощи по типу «Общества Ал - Анон»; «Школа для созависимых», где занятия проводятся в групповом формате в виде психологического просвещения и тренингов личностного роста. Кроме того, на основе сотрудничества работают волонтеры филиала НПО «Освобождение».

В заключение следует отметить, что, не смотря на трудности роста и объективные сложности в становлении реабилитационного звена, в Карагандинском областном наркологическом центре, мы считаем целесообразным и перспективным дальнейшее расширение и развитие психосоциальной помощи в местном регионе.

Литература:

1. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Республике Казахстан: Методическое письмо. - Павлодар, 2002. - 32 с.

ÆAÑÒΔΑΥ³ ΑΝΙΘΟΕΙΙΑ² ΔΕΝΟΥ ΑΕΑΟΥΙ ΑΕΑ Ε΄Υ ΑΑ³ ΑΑΕΕΙ ΑΕΠΕΑΝΙ

Α. Ί . Εόφι άοι ά, Ί . Α. Ί δι εόαει ά, Ί . Α. Εί έάνι έέί άά,
Ο. Α. Ί %οαδι άά, Ο. Ε. Οί αεί άά, Ί . Ν. Ο%εάί αεί ά

Ί ηύ α%ι ύη ααηόαδάυ» αηιθόειιά² °αδηύ αέάύί αέα ε%ί άά»άάέει α%έάνιί ί» , αηιόαί αηι %ηύί ύέ-
άύ. Ί άεοάι α%ί ά ΑΊ Ί Ί °όουέαδάύ» ηάοάί έαί ί αηύ, ² Ί ηοάί αέ Ί άέύηύί ύ» ί άεοάι οαδι ί άί ΑΊ Ί
άάάέάί οόύ° ί ίί άç-°%έύ°ου ααη%ηί ίδιί άαδ άά°ύέαοάύ %οαοάοίί Ί αδεΊΊΊ ηοοαδάύ °%δó. Νί Ί ύί άί
°αοαδ άέάύί αέα άά»άάέάί» άίδι 9-10 ηύί ύί Ί °όουέαδάύ» α%ί άΊ °ύί α%δάάί ααηόαδάύ» αηιθόειέιέ
Ί άί Ί ηέοί οδι Ί ού° çàòòáδáύ» Ί αέάάέάί ούί ά Ί δι οέέαέòέέάέύ° °αδáoύ άί έύί òάáύέάáύ. Ί ηύί ύ»
Ί άάιçίί άά ί έέδι Ί òòá°óύ» Ί αδεΊ άάί άιέ , ηάδιί ά °αδηύ ο%δó °άάίέαοίί ί» ί %ί έίί άίάί άί έάάύ, ηί Ί ύ»
ίθίί άά ά%έ Ί ά άί έί άηά ααη°ά çàòòú» %çίί ά άάέ°áo %ηύί ύηοάί °αδηύ άί έόύ.

² ΔΔΑ±ΑΊ ΑΥ Ί ΑΕΥΝΟΥΊ ΑΑ ΕΊ ΥΑΕΟΕΒ ΔΔ² ΟΕΥ ΑΝΙΘΟΕΙΕΑΔΑΊ³ Α² Ο² -
ΕΊ ΟΑΕΟΕΒΕΑΊ ±ΑΊ ΟμΟΥΊ ΟΘ ΟΕΑΔΑΥ³ ΕΕΕΊ ΕΕΑΕΥ² -° ΕΑΟΊ ΑΔΔΙΕ
ΝΕΊ ΑΔΔΑΊ ΑΕΑΔΥ

Α. Ο. Αη°άέέάά

Ί α°άέάά έί ύάέοέý αδ° ύέύ αηιθόειέάδái ο%ούί οθύέαδάύ» Α² Ο² -έί οάέοέýέάί Ίάί άαδάύ»
έέέί έέάέύ°- , έάοί άδδιέ άδάέθίέιέòάδι ε%δηάοιέάάί . Α² Ο² -έί οάέοέý άί ύ°òάέΊάί αάΊάάέέάδάύ»
90% αηιθόειί ί ε%δά òάί ύδ ίθίί ά Ί αέάάέάί ούί άί άάέέάί ύηóύ. Αηιθόειί ί ο%ούί οθύέύ°òú» έί ύάέ-
οέýέύ° άί έ òαδáoύί ά , ηάδ άοάοίί , ò ο%δéι οάέοί ðεαδ òάέάάί Ίάί , Ί έ Α² Ο² -έί οάέοέý α%°òúδó-
άύ» ò , óάέάέάίάί άί Ίάδέάòάáύ.

ΑΑΔΊ ΕΊ ΑΙΕ Ί ΑΘ Α² Ί ΔΕΥ² ΟΥ³ ΝΊ Ί ΑΔΕΕΑΕΥ² Ε΄ ΔΊΊ ΙΝΊ
(° ΑΑΑΕΑΔ ΘΊ ΕΟΊ)

Ί . Α. Αέάί %çáέί ά

° άάάέάò θΊ έόύ άαδΊ έί άιέ Ί άòá°Ί ðέύ° έáçίί άάάί ίθέί ί %θάέάδιί ί» çá°ύί άάί ούί ά άδΊ άέΊάί .
Ί ηύ ί , ηάέά %çáέοί άί έύί òάáύέάáύ, %έóέάί ί Ί άòá°Ί ðέύ°òú» 2-θί α%ί ά 3-θί έáçá»ίί άά %έίί Ί ί»
Ί άάιçáί ηάάάάί άί έύί ηί ί άòέέάέύ° ά%çύέóύ òάáύέάáύ.

ÆAÑÒΥ² ΑΕΑ±ΟΥΊ ΑΑ ΟΥΔ ΑΕ° Ί Α ΑΑΝ² Α Ί ΝΕΟΕΕΑΕΥ² ΑΑΕΝΑΊ ΑΊ ÇΑΔΔΑΔΑΊ
Ο° ΟΑΕΑΊΕΊΕΟΊ³ ² ΑΕΥΊ ΔΑΝΟΥ ΔΟΑΥ³ ÇΑ³ ΑΥ ΕΥ ±Υ

Α. Ν. ² άδάαεί Ί άά, Α. Ο. Νάέηάί Ί άά, Α. Ν. Ί όηέί

Ί ηύ ί α°άέάά άάέά έáçίί άάάί ούò çàòòáδáάί ò , óάέάίέιέ άάί ούί ύ» έέέί έέάέύ° Ί άάιçáάδι %ηύ-
Ί ύέάáύ. Αέη%ηί ίδιί άιέ έΊ Ί ðéί άάί òάί έέέί έέάέύ° έάδòέί άί ύ» άίδι άòά άέύδι άòύέύΊύ
άάέάίέάί άάί.

Ί ά»ύçáύ η%çáάδ: áάέάέαδ, ò , óάέάίέιέ, ούòóύ çàòòáδΊά , óáηοιέ, έέέί έέά.

ΑΕΕΤ ΑΤ ΕΥΑΙ³ ΝΟΘΔΙ ΑΑΘΟΑΘ Ι ΑΑΙΧΙΙ ΑΑ ΟΕΑΙ ΟΑΥ³ ²ΑΘΟΥ ΟΥΘ
ΥΙ ΟΑΟΑΕΤ Ι ΑΘΕΒΙ Ο³ ΑΕΕΙ Α²ΟΥ² ΑΙ ΑΑΟΙΙ ΑΑ Ι ΑΕΝΕΑΙ Ε Ι ΘΑΙ ΑΘΑΟΥ Ι
Ι ΑΕΑΑΕΑΙ Ο

Ο. Ο. ² Οηι αάαα, Ν. Ε. Ι Οι αάαα, Α. Ε. Ι ι αδι αα, Ε. Ι . Ο Οι οαί ιδι αα

Ι α^οαεάαα Ι αεηεαι ε ι διαι αθαουι ο αου ουο υι οαοαει ι αεϋ ααδ ι αο^οαηοαθαα ι ααδι ει αεϋεο^ο
ηαεαηουι αα αει α^οου» αι ααοαα ι αεααεαι οαου ι οεαεααδι ηηουι ουεαου. Ι αο^οαηοαθαα ηαι ηηου αα^ο-
ηαθοο οοθαεου, Ι αεηεαι ε ι διαι αθαουι ι αεααεαι ιαι εααα ι ααδι ει αεϋεο^ο ηει ι οι ι αοεεα ι εααεεδι -
ααι εϋι ου ι αδι αι ααδι οου^ο αθαουι ελθηαοιεαι, ι ε ι ααεοει α ιαι α αι ηη οαοι αοιε-ϋει ι ι εεαεο^ο
ι ααααι ι ηηουι ααου αε ι α οι οααε αθαοαοαα ι η^οοαε αοααι.

Ι ΑΝΕΠΙ ΑΙ ΑΙΕ Ο ΟΑΕΑΙΕΙΕ Ι ΑΑΙΧΙΙ ΑΑ ²μΙ ΑΘ Ι ΕΥΙ ΑΑΔ±Α
Ι ΑΟΙ ΕΙ ΑΕΒΕΟΥ² ΟΑΝΟΙΕ ΑΕΑ±ΑΑΕΕΑΔ

Α. Α. ² ι ααοι αοι αα, Α. Ο. Αη^οαεεααα, Α. Ι . Αι θαοι ι αα

Ι α^οαεάαα ι αηε³ αι αιε ο οαεαιειαι ααδ ι αο^οαηοαθαα οηι αδ ι ευι ααδι α ι αοι ει αεϋεο^ο οαηοιεοι»
εεει εεαεο^ο αα¹ααεεαδ ελθηαοιεααι . Αι ααο α οιααδιαι αι ααο ι ι ααεου αε ι α οηιηι ηηουι ουεαου.

ΑΕΕΤ ΑΤ ΕΥΑΑ ΑΑΑΑΙ Ι ΑΟΙ ΕΙ ΑΕΒΕΟΥ² ΟΑΝΟΙΕΟΙ³ ΑΙ ΑΑΟΙΙ ΑΑ
Ι Ι ΘΙ Ι ΟΕΙ ΕΕΑΕΑΔ

Α. Ι . Εορι αοι α, Ι . Α. Ι δι εοαει α, Ι . Α. Ει εαηι εει αα, Ο. Ε. Ο ι αει αα, Ο. Α. Ι ηοαοι αα

Ι ηου ι α^οαεάαα ι ι δι ι οει εεαεο^ο ηαδι ααδ ι διαι αθαοαθαουι ι αεααεαι οαου ι οεαεααδι ηηουι ουε¹-
αι – αι οει ι αοεηαι ο Εαθααι αααι ει (Οει εαι ηει α). Αεει αι ευαιε ο οαεαιειεοαι ηαοοει ι αδεο^ο
αι ααο εοδηουι ηοεαι 60 αααι (50 αδ αααι αε ι α 10 εαε αααι) οαουη^οαι αθαοαο ηοειαι. Ι οεαε-
εαθαα ηεεαη ι ηου ι διαι αθαο αει αι ευαιε ο οαεαιειαι ααδ ι αο^οαηοαθαουι αι ααααι εααα αει ιαδου
οει αιειαι ελθηαοι. Ι ηου αθαοαο αει αι ευαιε ι διαι αθαο α ι ι δι ι οει εεαεο^ο ααηαι αιειαι αι ι αοι-
ει αεϋεο^ο οαηοιεοι» ααεουεαουδι αο ι ηι ει ιαιαι αι ουααου, ι ε ι αοι ει αεϋεο^ο οαηοιεοι» αι ααοιι αα
αε ι α ι ι ου^ο ηθαι ου αα ααι θαηηεαοιε αλκυεουι αα ι ι δι ι οει εεααδιαι ι αεααεαι οαου αι εαοα¹ου
οοθαεου εοεαι αουααου.

²ΑΔΑ±ΑΙ ΑΟΥ^ο. Ι Ι Ι ΑΕΝΙ ΑΙ ΝΑΔΕΙΕ Α ΕΙΙ ΟΑΝΙΙ ΑΑ ΑΙ ΟΑΙ ΑΕΟΥ²
ΑΕΑ±ΑΑΕΕΑΔΑΑ ΟΕΟΙ ΕΝΑΟΕΙ Ι Ι³ Ι ΑΕΑΑΕΑΙ ΟΥΙ Ο³ Ι^ο ΟΕΑΕΑΝΙ ΟΘΑΕΟΥ

Α. Α. Ι αδει ει α, Δ. Ο. Αααααεει ι αα, Α. Υ. Οααι , Α. Α. ² ι ααοι αοι αα, Α. Ε. Ι ααοι αα

Ι ηου ι α^οαεάαα ² Ι Ι Ι αι οαι αεου αα¹ααεεαθαα ι αηε³ αι αιαι ααδ ι αο^οαηοαθαα» οεοι εηαοει ι ι³
ι αεααεαι ουι ου» εεει εεαεο^ο ο οαιδεααηι ελθηαοιεααι .

ΑΕΕΤ ΑΤ ΕΥΑΙΕ Ο ΟΑΕΑΙΕΙΕΟΙ³ ΑΙ ΑΑΟΙΙ ΑΑ Ι ΑΕΘΑΕΝΤ Ι ΑΟΥ Ι ΑΕΑΑΕΑΙ Ο
Ο^ο ΑΕΙΔΕΑΑΝΙ

Ι . Α. Ι ει υει , Δ. Ν. Εοααα

Αεει αι ευαιε ο οαεαιειεοι αι ααο εααρι αα ααδι ει αα οοθα αι οι αι ι εηο " Ι αεοθαεηι ι " ι διαι αθαουι»
αθαοαοι ελθηαοιεααι . " Ι αεοθαεηι ι " ηι εδοεα ι αοι ει αεϋεο^ο οαηοιαι οηι αι ααοααι, ι ε θαοεαεαθαδιαι»

SUMMERIES

NARCOLOGICAL SERVICE OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. PROBLEMS, WAYS OF PERFECTION.

A. L. Katkov

In the article data on distribution of the basic forms of dependences from psychoactive substances in Republic of Kazakhstan are resulted; the analysis of counteractive effort system both in sphere of public health services, and in other social spheres is carried out; drew conclusions on necessity of reforming of narcological service system and the basic directions of increase of efficiency in activity of narcological service are designated.

ABNORMALITIES OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AT HIV-INFECTION

A. T. Eskalieva

Studying of life style, behavior, social adaptation of infected persons allows to determine approaches to improvement of their life quality. HIV-infection is capable to break habitual contacts of the person to associates, reduces opportunities of labor activity, quite often deprives with former prospects that it is necessary to take into account at the organization of medical-rehabilitation process HIV-infected drug users.

STUDY OF BASIC NEEDS AND REAL SECTOR OF SERVICE RENDERING TO HIV-INFECTED DRUG ADDICTS

O. N. Komarova, A. L. Katkov

In the article the data on study of volume and assortment of the narcological services rendering by the AIDS Centers, the state and private narcological organizations, NGO to HIV-infected drug addicts in Republic of Kazakhstan are resulted. Basic needs in such services are determined. Results of study on definition of social functioning level and life quality at HIV-infected drug addicts are resulted.

Key words: drug dependence, HIV/AIDS, basic needs, life quality.

CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL PRECONDITIONS OF HIV-INFECTING IN FAMILIES OF INJECTING DRUG USERS

A. T. Eskalieva

In the article the analysis of families of HIV-infected injecting drug users is resulted. There are certain differences of basic characteristics of parental family in groups of HIV-infected injecting drug users. Parents form the basic vital values and norms of behavior of the child. Dysfunctional or destructive families have the greatest risk of involving in drug usage.

MULTISTAGE SYSTEM OF ANTINARCOTIC PREVENTION AMONG YOUTH

A. P. Kuznetsov, O. V. Prokudina, O. A. Kolesnikova, F. G. Muhtarova, T. I. Shmakova, N. S. Tyulendina

In the given work techniques of multistage antinarcotic prevention among youth are submitted. In particular, questioning of pupils and students, establishment of narcopoints at schools where adolescents with deviant behavior

are observed. And also one of steps of preventive maintenance are routine inspections with inspection of 9-10 class pupils and youth on issues of drug and psychotropic substances usage. On this basis there is possible an ability to resist to influence of environment, including skill to refuse offers to use this or that substance.

CLINIC-SOCIAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED INJECTING DRUG USERS IN THE KARAGANDA REGION

A. T. Eskalieva

In the article clinic-social features of HIV-infected injecting drug users are reflected. More than 90% of the revealed cases of HIV infection have been connected with intravenous drugs use. The various factors influencing distribution of injection way of drug consumption that increases risk of HIV infection are analyzed.

SOMATIC ASPECTS OF HEROIN ADDICTION (the review of the literature)

M. A. Zhanuzakov

The review of the literature is devoted to defeat of internal organs at heroin addiction. This problem is actual as at 2-nd and 3-rd stages of a narcotism one of principal causes of death rate are somatic disorders.

LAWS OF FORMATION OF DEPENDENCE FROM TOXIC AND OTHERS PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN AGE ASPECT

A. S. Karazhanova, Z. H. Seksenova, D. S. Musin

In present article clinical features of development of dependence on toxic substances at children's age are resulted. A number of differences of a clinical picture from adolescent contingent is marked.

Key words: children, dependence, glue sniffing, clinic.

APPLICATION OF THE MEXIDOL PREPARATION IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE TOXIC ENCEPHALOPATHIES ON A BACKGROUND OF VENENATING WITH ALCOHOL SUBSTITUTES

T. T. Kispaveva, S. K. Minbaev, Z. K. Omarova, K. P. Shintemirova

In the article there are submitted findings of neurologic sphere investigation at patients with an acute toxic encephalopathy on a background of venenating with alcohol substitutes in complex treatment with application of the Mexidol preparation. There are described data about enriching consciences of the patients, reduction of the terms of neurological symptomatology levelling at application of the Mexidol preparation that represents not only medical, but also social and economic interest and requires the further researches.

CASE OF GAMBLING ON A BACKGROUND OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

B. A. Kozhahmetova, A. T. Eskalieva, G. P. Gorbunova

In the article the clinical case of gambling at the patient with alcoholic dependence is described. The circuit of treatment and physician's tactics are submitted.

NORMOTHYMICS IN THERAPY OF PATHOLOGICAL INCLINATION FOR ALCOHOL

A. P. Kuznetsov, O. V. Prokudina, O. A. Kolesnikova, T. I. Shmakova, F. G. Muhtarova

In given article results of application of a preparation with normothymic action - Carbamazepine are submitted. Carried out research, in which participated 60 person (50 men and 10 women), being on hospitalization from alcoholic dependence. According to results the given preparation has shown high efficiency at treatment of patients with alcoholic dependence. The given research has revealed opportunities of blocking over of a pathological inclination for alcohol with preparations with normothymic activity that testifies to perspectivity of normothymics use in therapy of a pathological inclination and depressive disorders in its structure.

ABOUT RESULTS OF APPLICATION FLUOXITIN IN OUT-PATIENT CONDITIONS

E. A. Marinina, R. F. Gabdrakipova, E. E. Hvan, B. A. Kozhahmetova, D. K. Mazhitova

In given article clinical experience of application Fluoxitin at patients with alcohol dependence in out-patient conditions is submitted.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF NALTREXON IN TREATMENT OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

N. V. Minko, R. S. Kuzhaev

Test of preparation «Naltrexon» the antagonist of heroin for treatment of alcoholic dependence was carried out. «Naltrexon» reduces a pathological inclination to alcoholic drinks that was shown by smaller quantity of relapses. The given technique expands a spectrum of pharmacotherapeutic influences at patients with dependences from psychoactive substances.

EXPERIENCE OF APPLICATION PRODEP IN TREATMENT OF ALCOHOLISM IN OUT-PATIENT CONDITIONS

E. E. Hvan, R. F. Gabdrakipova, E. A. Marinina, B. A. Kozhahmetova, D. K. Mazhitova

In given article experience of use of an energizer prodep in out-patient conditions in treatment of patients with alcohol dependence in the Regional narcological center of Karaganda is resulted.

OPERATIONAL EXPERIENCE OF HOT LINE SERVICE OF KOSTANAY REGIONAL NARCOLOGICAL CLINIC

A. P. Kuznetsov, O. V. Prokudina, F. G. Muhtarova, O. A. Kolesnikova, T. I. Shmakova, N. S. Tyulendina, E. V. Somusev

Given article represents the review of work of hot line service in Kostanay regional narcological clinic for 11 months of 2005 in comparison with the similar period of 2004. The basic purposes and problems, directions of work, and also some aspects of consultative work by phone are described. Also the analysis of calls for the given period is submitted.

**ABOUT RENDERING OF THE PSYCHOLOGICAL SERVICE IN KYZYLORDA REGIONAL
NARCOLOGICAL CENTER**

S. Mahanova, K. Baitokaeva, G. Togyzbaeva, G. Ibrasheva

In the present article work of medical psychologists in the regional narcological center is analyzed. Scientific definition to psychological health is given, results of psychological help to the patient with drug dependence are resulted.

**ACTIVITY OF AN ACCIDENT SERVICE OF THE KARAGANDA
REGIONAL NARCOLOGICAL CENTER**

S. A. Ospanova, A. T. Eskalieva, B. A. Kozhahmetova

In given article authors analyze work of an accident service. It is cited statistical data on hospitalization of patients with drug dependence.

**PRACTICAL EXPERIENCE OF ACTIVITY OF DEPARTMENT OF MEDICO-SOCIAL
REHABILITATION IN THE KARAGANDA REGION**

D. B. Temirgalieva, A. K. Karibaeva, B. A. Kozhahmetova

In the given work activity of rehabilitation department as one of key stages of a medical complex in the solving problems of drug addiction is described.